


mestrado e doutorado em saúde pública


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

 Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**O Agente Comunitário de Saúde da Equipe de Saúde
da Família do Bañado Sur, Assunção - Paraguai**

Violeta Heisecke Cabrera

Rio de Janeiro

Junho de 2011

VIOLETA HEISECKE CABRERA

O Agente Comunitário de Saúde da Equipe de Saúde da Família do Bañado Sur, Assunção - Paraguai

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Subárea Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz

Orientadora: Ligia Giovanella

Rio de Janeiro

Junho de 2011

VIOLETA HEISECKE CABRERA

O Agente Comunitário de Saúde da Equipe de Saúde da Família do Bañado Sur, Assunção - Paraguai

Banca Examinadora

Prof. Dr^a Ligia Giovanella
(Orientadora - Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP Fiocruz)

Prof. Dr^a Ivani Bursztyn
(Examinador - UFRJ)

Prof. Dr^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto
(Examinador - Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP Fiocruz)

Prof. Dr^a Patty Fidelis de Almeida
(Suplente - UFRBA)

Prof. Dr^a Maria Helena M. Mendonça
(Suplente - Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP Fiocruz)

DEDICATORIA

A los compas, Agentes Comunitarios de Salud del Bañado Sur, admirables luchadores sociales del Paraguay.

RESUMO

A dissertação tem como tema a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos serviços de atenção primária à saúde no Paraguai, a partir da reorientação da política nacional de saúde de 2008. Tem por objetivo analisar o perfil do ACS das Unidades de Saúde da Família (USF) do Bañado Sur, XVIII Região Sanitária, e seu papel no processo de reorientação da Atenção Primária à Saúde proposto pela Política Nacional de Saúde do Paraguai. Tem como objetivos específicos descrever a implantação da “*Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud*” no contexto da Política Nacional de Saúde do Paraguai, no período de agosto de 2008 até agosto de 2010; identificar o perfil e caracterizar a atuação dos ACS das USF do Bañado Sur; analisar o papel dos ACS à luz da revisão de literatura brasileira e internacional. Foi realizado um estudo exploratório com aplicação de inquérito a ACS complementado por análise documental, revisão da literatura, entrevista semi-estruturada com gestores do programa e responsáveis pelas USF e observação do processo de trabalho dos ACS. A pesquisa teve como cenário a cidade de Assunção, capital do Paraguai e, XVIII Região Sanitária. Os resultados indicam que os ACS são funcionários públicos, na sua maioria mulheres jovens e adultas, com escolaridade acima do exigido pelo programa, moradores do território social das USF, com forte experiência comunitária; e tecnicamente capacitados para desenvolver ações na comunidade. Os ACS do Bañado Sur têm um perfil de atuação de mediador da comunidade, podem ser considerados como facilitadores locais treinados para capacitar pessoas no desenvolvimento de soluções de problemas e recursos de acesso, mediando entre as comunidades e os serviços, facilitando os usuários a se tornarem conscientes de seus direitos e a usar a mobilização social para obter um melhor acesso aos serviços de saúde. Ele é um Agente que pertence à comunidade, encontrando-se ao lado dos usuários, desenvolvendo um papel ora “*social*”, ora “*cultural*”. Evidencia-se a tendência de se transformar num agente político, que se encontra vinculado à organização da comunidade, à transformação das condições de vida da população, inserindo a saúde para além, no contexto geral de vida. Podemos dizer que, o perfil dos Agentes, estabelecido por esta pesquisa, evidencia a conformação de uma Atenção Primária abrangente e em consonância com os preceitos estabelecidos por Alma Ata.

Palavras chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família

ABSTRACT

The subject of the thesis is the role of the Community Health Worker (CHW) in primary healthcare services in Paraguay since the reorientation of national health policy in 2008. Its goal is to examine the profile of CHWs in Family Health Units (FHUs) of the Bañado Sur, district of Asuncion, 18th Health Region, and their role in the process of reorienting Primary Health Care as proposed by Paraguay's National Health Policy. Its specific goals are to describe the introduction of the "*Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud*" (Policy to promote equity in quality of life and health) in the context of Paraguay's National Health Policy in the period from August 2008 to August 2010; to identify the profile and characterise the activities of the CHWs of FHUs in the Bañado Sur; and to examine the CHWs' role in the light of a review of Brazilian and international literature. An exploratory study, was conducted by questionnaire application to CHWs complement with documentary analysis, literature review, , semi-structured interview of programme managers and those responsible for FHUs and observation of the CHW work process. The study scenario was the 18th Health Region in Paraguay's capital city of Asuncion. The results indicate that the CHWs are public servants, mostly young and adult women, with more schooling than required by the programme, residing in the FHUs' social territory, and strong in community experience; and technically capacitated to pursue actions in the community. The role played by CHWs in the Bañado Sur can be profiled as one of community mediator; they can be considered local facilitators trained to capacitate people in problem-solving and developing means of access, mediating between the communities and the health services, helping users become aware of their rights and use social mobilisation to gain better access to health services. They are agents belonging to the community, who are on the users' side and play a role which is sometimes "*social*", sometimes "*cultural*". There is evidence of a tendency for them to become political agents connected with community organisation, with changing the population's conditions of life and extending health care further into the overall context of their lives. The CHWs' profile established by this study shows that the Primary Health Care taking shape is comprehensive and in accordance with the principles set out by Alma Ata.

Keywords: Community Health Workers, Primary Health Care, Family Health

SUMARIO

INTRODUÇÃO	14
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATUAÇÃO DE TRABALHADORES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	18
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. ALGUMAS CONCEPÇÕES	18
RENOVAÇÃO DA APS NA AMÉRICA LATINA	22
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	26
ACS NO BRASIL	39
<i>Breve histórico do ACS</i>	40
<i>Atribuições do ACS no SUS</i>	49
<i>A legislação dos ACS</i>	52
<i>Formação e Capacitação do ACS</i>	53
<i>ACS em números</i>	54
INSERÇÃO LABORAL E INSTITUCIONAL DO ACS	56
CONTEXTO DA PESQUISA, A ATENÇÃO À SAÚDE NO PARAGUAI	59
PARAGUAI, BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	60
PROPOSTA “ <i>POLÍTICA PÚBLICA PARA EL DESARROLLO SOCIAL. PARAGUAY PARA TODOS Y TODAS</i> ”, 2010-2020	64
SISTEMA DE SAÚDE	66
<i>Normas jurídicas referentes à atenção à saúde no Paraguai</i>	68
<i>Atenção primária à saúde no Paraguai</i>	69
<i>A proposta de “Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay”</i>	71
<i>Direção Geral de Atenção Primária à Saúde</i>	73
<i>XVIII Região Sanitária, Assunção</i>	75
O BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO	78
METODOLOGIA	84
SUJEITOS DO ESTUDO	84
INQUÉRITO COM ACS	84
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA COMPLEMENTARES	88
TRABALHO DE CAMPO	90
TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	91
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	93
RESULTADOS	94
PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	94
EXPERIÊNCIA PRÉVIA AO TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	95

INSERÇÃO E VÍNCULO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA “ <i>ESTRATÉGIA PROMOCIONAL DE LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD</i> ”	97
CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O TRABALHO NA “ <i>ESTRATÉGIA PROMOCIONAL DE LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD</i> ” DO PARAGUAI	99
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E NO TERRITÓRIO SOCIAL	102
AÇÕES COMUNITÁRIAS REALIZADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	107
SUPERVISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	111
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	114
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E NO TERRITÓRIO SOCIAL	118
REFERÊNCIAS	124
SITES CONSULTADOS	129
ANEXOS	131

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Lista de Figuras

FIGURA 1 - MAPA DA AMÉRICA DO SUL	59
FIGURA 2 - MAPA DA DIVISÃO GEOPOLÍTICA DO PARAGUAI (SUPERFÍCIE KM ² POR DEPARTAMENTO)	63
FIGURA 3 - PROCESSO DE CRIAÇÃO DE DIREÇÕES RELACIONADAS À APS DENTRO DO MSPBS NO PARAGUAI EM 1993.....	70
FIGURA 4 - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DAS “POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y DE CALIDAD DE VIDA CON EQUIDAD”	71
FIGURA 5 - COMPOSIÇÃO DA DIREÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARAGUAI EM 2008.....	74
FIGURA 6 - MAPA DA CIDADE DE ASSUNÇÃO COM A DIVISÃO POR BAIRROS.....	76
FIGURA 7 - MAPA DA “FRANJA COSTERA” DE ASSUNÇÃO.....	80
FIGURA 8 - MAPA DE LOCALIZAÇÃO DAS USF, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	82
FIGURA 9 - APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DO INQUÉRITO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2010.	86
FIGURA 10 - REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, 2010	86
FIGURA 11 - CLUBE DA HIPERTENSÃO, USF REPUBLICANO, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	105
FIGURA 12 - CLUBE DE IOGA, USF SAN BLAS, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	105
FIGURA 13 - CONVOCAÇÃO DA COMUNIDADE PARA “ATY”, USF REPUBLICANO, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010.....	110
FIGURA 14 - CONVOCAÇÃO DA COMUNIDADE PARA “ATY”, USF REPUBLICANO, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010.....	110
FIGURA 15 - ATY GUAZU, USF REPUBLICANO, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	111
FIGURA 16 - ATY GUAZU, USF SAN BLAS, BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	111

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL (%) DE ACS E ESF NO BRASIL DE 2001 A ABRIL DE 2011	48
GRÁFICO 2 - META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE IMPLANTADOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 1994 A ABRIL DE 2011	55
GRÁFICO 3 - PROCESSO DE INSTALAÇÃO DE USF NO PARAGUAI, PERÍODO DEZEMBRO 2008 A DEZEMBRO 2009	75

Lista de Quadros

QUADRO 1 - TERMOS ALTERNATIVOS PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	28
QUADRO 2 - SÍNTESE DE PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE INTERNACIONAIS	35

QUADRO 3 - SUBSISTEMAS DE SAÚDE DO PARAGUAI	67
QUADRO 4 - CATEGORIAS TEMÁTICAS DO INQUÉRITO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2011	87
QUADRO 5 - CATEGORIAS REFERENTES À ATUAÇÃO DO ACS	92

Lista de Tabelas

TABELA 1 - PRINCIPAIS INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, PARAGUAI	60
TABELA 2 - IDIOMAS PREDOMINANTES NOS LARES PARAGUAIOS (%), 2002	61
TABELA 3 - POPULAÇÃO POR ÁREA DE RESIDÊNCIA, SEGUNDO COBERTURA (%) DO SEGURO MÉDICO, PARAGUAI, 2008	68
TABELA 4 - POPULAÇÃO TOTAL DE HOMENS E MULHERES NO PAÍS E EM ASSUNÇÃO DO PARAGUAI NO ANO DE 2008	77
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) SEGUNDO ÁREA DE RESIDÊNCIA NO PARAGUAI NO ANO DE 2008	77
TABELA 6 - TIPOS DE SERVIÇOS SEGUNDO COBERTURA (%) E ÁREA DE RESIDÊNCIA NO PARAGUAI EM 2008	78
TABELA 7 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS NO BAÑADO SUR, XVIII REGIÃO SANITÁRIA, PARAGUAI, 2009	82
TABELA 8 - PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	95
TABELA 9 - EXPERIÊNCIA COMUNITÁRIA PRÉVIA AO TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	96
TABELA 10 - ATIVIDADE IMEDIATA ANTERIOR AO TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	97
TABELA 11 - INSERÇÃO E VÍNCULO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	98
TABELA 12 - CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	100
TABELA 13 - TEMAS DAS CAPACITAÇÕES EM SAÚDE RECEBIDAS ATÉ O MOMENTO PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	101
TABELA 14 - ATUAÇÃO DO ACS E FAMÍLIAS COBERTAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E NO TERRITÓRIO SOCIAL DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	103
TABELA 15 - ATIVIDADES NA RESIDÊNCIA DAS FAMÍLIAS DO MICRO-TERRITÓRIO REALIZADAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	104
TABELA 16 - ATIVIDADES DE ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS E ATIVIDADES GERENCIAIS REALIZADAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	106
TABELA 17 - REALIZAÇÃO DE AÇÕES COMUNITÁRIAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	108

TABELA 18 - TIPOS DE PROBLEMAS DA COMUNIDADE QUE BUSCOU SOLUCIONAR	108
TABELA 19 - ATIVIDADES COMUNITÁRIAS REALIZADAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	109
TABELA 20 - ATIVIDADES DE SUPERVISÃO RECEBIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	112
TABELA 21 - AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO RECEBIDA PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	112
TABELA 22 - PERCEPÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAÑADO SUR, ASSUNÇÃO, PARAGUAI, 2010	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CNS - Conselho Nacional de Saúde
ESF - Equipe de Saúde da Família
EUA - Estados Unidos de América
FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
MS - Ministério de Saúde (Brasil)
MSPBS - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguai)
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OPS - Organización Panamericana de Salud (em Espanhol)
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF - Programa de Saúde da Família
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPS - Secretaria de Políticas de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (na sua sigla em inglês)
USF - Unidade de Saúde da Família

INTRODUÇÃO

A dissertação tem como tema a inserção do Agente Comunitário de Saúde nos serviços de atenção primária à saúde no Paraguai, a partir da recente reorientação da política nacional de saúde. A partir da análise do perfil dos agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam na promoção da qualidade de vida e saúde no território social, na experiência das Unidades de Saúde da Família (USF) do Bañado Sur, Assunção, Paraguai; busca-se contribuir para a discussão das potencialidades da inclusão destes agentes de saúde nas equipes das USF, para auxiliar no desenvolvimento das práticas de saúde, aproximar a cultura e o conhecimento da população aos saberes dos profissionais e para a vigilância epidemiológica na localidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como marco histórico mundial a I Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Realizada no ano de 1978 na cidade de Alma-Ata, na antiga União Soviética, a Conferência teve como resultado uma Declaração, que orienta a APS até os dias atuais e o considera como sendo o primeiro componente de um “*processo permanente de assistência sanitária*” (OMS, 1978:4), onde o acesso aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua total participação (Giovanella & Mendonça, 2008). Constituindo-se, não somente como porta de entrada, mas também, como base do sistema de saúde, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, a família, a comunidade com o sistema nacional de saúde (OMS, 1978:4).

No otimismo imediato, pós-Declaração de Alma Ata em 1979, registraram-se um aumento de tentativas mais radicais para combater as necessidades em saúde das populações pobres através da mobilização da comunidade, tomada da consciência sobre direitos e capacitação de agentes locais para a prestação de serviços básicos (Standing et al., 2008:2097). Muitos países investiram pesado em outras categorias de trabalhadores que não o médico, produzindo assim, tipos mais apropriados de trabalhadores da saúde a baixo custo. Estes trabalhadores receberam treinamento para prover uma simples atenção médica, uma pequena intervenção curativa e realizar atividades de promoção da saúde sob supervisão de profissionais qualificados, geralmente enfermeiros.

A implantação de trabalhadores leigos, não era de forma alguma, um fenômeno novo, podendo-se considerar que, estes trabalhadores foram, definitivamente, promovidos e

tornaram-se parte importante de muitos sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento (Standing et al., 2008:2097).

São vários os países que apostaram nos programas de trabalhadores comunitários, da mesma forma que, houveram várias experiências reconhecidas e de sucesso. A revisão bibliográfica indica um período de declínio dos programas de trabalhadores comunitários, mas atualmente, além de ter-se feito um resgate da figura destes trabalhadores de saúde, estudos apontam diversos logros que são alcançados através da sua inserção no campo da APS.

A inclusão do ACS no contexto da APS, é considerado como uma das estratégias para expandir o acesso e a cobertura ao sistema de serviços de saúde pela população, como apontam as experiências internacionais. Mas, os ACS, ao pertencer à comunidade podem desenvolver atividades específicas, tanto de assistência à saúde, quanto da procura de respostas às necessidades explicitadas pela comunidade.

O ACS é entendido, portanto, como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Em outras palavras, se aposta que, o ACS, por formar parte da comunidade em que vive e trabalha, conhece melhor as suas necessidades, pois, ele compartilha um mesmo contexto social e cultural, e o mesmo universo lingüístico. Este fato é apontado como sendo decisivo no aumento da eficácia das ações em saúde.

No Paraguai, com a mudança governamental de 2008, iniciou-se um processo de reorientação da APS. A primeira medida foi o estabelecimento da gratuidade nas unidades públicas de saúde e progressivamente foram implantadas as equipes de APS, com inclusão do ACS. O atual governo do Paraguai incorpora de maneira efetiva a APS como porta de entrada ao sistema de saúde através da implantação das Unidades de Saúde da Família (USF) nas localidades, através da sua política de saúde. Estas unidades são consideradas como garantia de acesso permanente e sem barreiras, possibilitando a atenção profissional em saúde no território.

A atual política sanitária do Paraguai prevê a implantação de USF em todo o território nacional, começando pelas áreas de maior necessidade de serviços de saúde, ou seja, naquelas áreas com insuficiência ou total ausência destes serviços prestados pelo Estado. As equipes são multidisciplinares, e estão compostas por: um médico, um enfermeiro (e/ou obstetra), um auxiliar de enfermagem, e cinco ACS. Constatou-se que, o processo de implantação das USF em todo o território nacional, realiza a paulatina introdução do ACS nas equipes já instaladas. Mas ressalta-se que, a implantação de USF, ainda com equipes incompletas, mostra-se como

um avanço para as populações de maiores necessidades.

É relevante identificar os ACS atuantes nas USF, não só porque sua inserção nas equipes de saúde faz parte da nova estratégia de ampliação de cobertura da atenção à saúde do atual governo, mas porque pode ser tomado como um norteador para as regiões que ainda não foram beneficiadas pela implantação. Experiências internacionais já demonstraram a importância deste trabalhador da saúde, para além da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ao mesmo tempo em que, a análise do tipo de inserção do ACS nas equipes das USF pode orientar para a própria compreensão da APS no Paraguai.

Conforme o exposto anteriormente surge a inquietação de responder algumas questões, tais quais: Qual o perfil dos ACS que estão atuando nas USF? Qual é sua atuação nas equipes implantadas? Que atividades realizam? Quais são as suas perspectivas em relação ao seu trabalho como ACS? Qual é sua inserção nas equipes das USF? Qual é o lugar que ocupa o ACS na “*Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud*”? Seu perfil é mais técnico/assistencialista ou político/comunitário? Tem atuação específica ou generalista?

São estas questões, acima pontuadas que foram tomadas como orientadoras da pesquisa e estabeleceram os pressupostos da dissertação. Estes são: o tipo de inserção do ACS tem consequências para a política nacional de saúde; o tipo de inserção do ACS (perfil e atuação) condiciona / influência na concepção de APS implantada, sendo mais seletiva ou mais integral; os ACS no Paraguai têm uma atuação mais política do que técnica ou vice-versa; os ACS com experiência anterior em trabalho comunitário têm melhor desempenho, sendo mais atuantes ou realizando mais atividades comunitárias.

Portanto, a dissertação tem como objetivo geral analisar o perfil do Agente Comunitário de Saúde das Unidades de Saúde da Família do Bañado Sur, Assunção, XVIII Região Sanitária, e seu papel no processo de reorientação da Atenção Primária à Saúde do Paraguai. Teve como objetivos específicos, descrever a implantação da “*Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud*” no contexto da Política Nacional de Saúde do Paraguai, no período de agosto de 2008 até agosto de 2010; identificar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde nas USF do Bañado Sur, Assunção, XVIII Região Sanitária; caracterizar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde nas USF do Bañado Sur, Assunção, XVIII Região Sanitária; analisar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, XVIII Região Sanitária à luz da revisão de literatura brasileira e internacional.

Para tal empreitada, inicialmente apresenta-se uma revisão da literatura que compreende uma

breve introdução à APS, algumas das suas principais concepções, com especial atenção à sua renovação. Posteriormente o objeto de nosso estudo, os ACS, será abordado nos seus aspectos mais gerais, como também, alguns programas de reconhecimento internacional. Será apresentado como estudo de caso, o percurso e atual situação dos ACS do Brasil. Por último nesta seção, serão levantadas as principais concepções que dizem do perfil e da inserção institucional do ACS, na tentativa de procurar colocar mais luz a uma das mais atuais discussões sobre o assunto.

No sentido de contextualizar a pesquisa, segue-se à revisão bibliográfica o capítulo que trata sobre a atenção à saúde no Paraguai, onde inicialmente apresentam-se indicadores selecionados, agrupados em: sócio-demográficos, geopolíticos e socioeconômicos. Em seguida, faz-se uma breve introdução ao sistema de saúde do país, com uma passagem histórica, suas normativas e o lugar que a APS ocupou e ocupa na orientação do sistema de serviços de atenção à saúde nacional. O Bañado Sur será tratado de forma breve, expondo alguns dos principais indicadores.

A metodologia utilizada na pesquisa é abordada no seguinte capítulo, onde se apresentam métodos e técnicas utilizados no inquérito realizado com os ACS das Unidades de Saúde da Família (USF) do Bañado Sur de Assunção. Foram entrevistados 58 Agentes no período dos meses de julho e agosto de 2010, como também Gestores da Estratégia, com o objetivo de coletar informações para contextualizar a análise. Através de visitas à USF e participação em diversas atividades desenvolvidas no período, foi possível realizar observações sobre o trabalho realizado pelos Agentes na sua USF e na sua comunidade, agregando mais valor à pesquisa realizada.

O capítulo '*Resultados*' expõe os achados do inquérito com os ACS do Bañado Sur, XVIII Região Sanitária, Assunção. Apresentados seqüencialmente, conforme foi tratado no Inquérito, os indicadores revelam dados importantes e representativos do universo pesquisado. Munido de quadros, tabelas e figuras que auxiliam a compreensão dos dados é possível aproximar-se à realidade vivida por este profissional. Após a exposição dos dados provenientes do inquérito, o capítulo '*Discussão*' coloca em questão os principais pontos referentes ao perfil e à atuação do ACS das USF do Bañado Sur, sem perder de vista a bibliografia atual e fundamentalmente as categorias traçadas previamente na elaboração desta dissertação. No capítulo '*Considerações finais*' encontra-se uma breve síntese do tratado ao longo do trabalho e apreciações relevantes, como também limitações e potencialidades deste trabalho, questões que ficaram sem resposta e novas inquietudes.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATUAÇÃO DE TRABALHADORES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nesta sessão, se fará uma breve introdução à Atenção Primária à Saúde (APS), chamando a atenção para algumas das suas mais importantes concepções e ao processo de sua renovação, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Serão abordados os aspectos mais gerais sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em programas de atenção Primária, em algumas experiências de programas de ACS, consideradas de sucesso pela literatura internacional, aproximando-nos dos embates que circundam a atuação deste trabalhador de saúde. Apresenta-se com destaque o percurso e atual situação dos ACS do Brasil. Por último, são levantadas as principais concepções que dizem do perfil e da inserção institucional do ACS, na tentativa de procurar colocar mais luz a uma das mais atuais discussões sobre o assunto.

Atenção Primária à Saúde. Algumas concepções

A Professora Barbara Starfield (2002) relaciona as origens da “*Atenção Primária à Saúde*” ao Relatório Dawson, lançado no Reino Unido, em 1920, preconizando a organização regionalizada do sistema de serviços de saúde, hierarquizada em três níveis: os "*centros de cuidados de primários de saúde*", instituições que prestam serviços de medicina preventiva e curativa (OPAS/OMS, 1964:4); os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino (Mendes, 2002:9). Mais tarde, a atenção primária passa a ser a pedra angular do sistema, destinada a tornar-se o centro da regionalização de serviços de saúde no Reino Unido, e em muitos outros países (Starfield et al., 2005:457).

No ano de 1970, a discussão estava focada na denuncia realizada por entidades internacionais sobre os efeitos das desigualdades sociais, decorrentes das diferenças de condições de vida, saúde e oportunidades dos indivíduos, dependendo do lugar onde se vive e se trabalha. Nesse contexto, o Ministério de Saúde do Canadá, em relatório de 1974, enfatizou a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças, a partir da idéia de que a saúde dos indivíduos e da comunidade é determinada por inúmeros fatores, como ser a biologia humana, o estilo de

vida, o ambiente e a organização de serviços de saúde (Lalonde apud Fausto, 2005:33). Segundo Fausto (2005), as circunstâncias acima mencionadas determinaram a meta de “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na XXX Assembléia Mundial de Saúde, em 1977.

No ano de 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram em conjunto a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (Giovanella & Mendonça, 2008:576; Fausto, 2005:34). Neste encontro, foi assumido que a saúde não é só direito de todos, mas, responsabilidade de todos; desencadeando assim, no mundo as expectativas por uma nova saúde pública (Mendes, 2002:9).

Como resultado deste encontro, a expressão Atenção Primária à Saúde (APS) se afirmou como compromisso de “*Saúde para Todos*” nos países que fazem parte das Nações Unidas. A “*Declaração de Alma-Ata sobre atenção primária à saúde*” torna-se uma referência mundial, que motiva trabalhadores da saúde a buscar garantir um sistema de saúde eficiente, efetivo e centrado nas pessoas e nas suas comunidades, devendo cada país formular um plano de ação para iniciar e manter a atenção primária como parte de um sistema nacional de saúde. Segundo Standing et al. (2008:2097), na Declaração, a visão da APS veio da crítica à inadequação existente nos sistemas de saúde, que pouco atingem as áreas rurais e populações pobres. Foi também influenciada por formas alternativas de organização da saúde e outros serviços que emergiram em alguns países pós-coloniais e socialistas.

Na Declaração de Alma-Ata, a atenção primária baseia-se em equipes multiprofissionais que incluem médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Para a OMS, a prestação de atenção primária à saúde, realizada pelos trabalhadores de saúde, se constitui no primeiro nível de contato, entre o indivíduo e o sistema de serviços de saúde. É importante que estes trabalhadores formem parte da comunidade em que vivem e trabalham, estabelecendo assim, um diálogo contínuo. Segundo a Declaração, este contato permanente possibilita que os trabalhadores em saúde conheçam as aspirações, os pontos de vista e a organização da sua comunidade, como também, compartilhem e promovam a ação coletiva em benefício da saúde de todos os cidadãos. Contribuindo assim, segundo a OMS, com os moradores da comunidade na identificação das suas necessidades sanitárias, na compreensão das estratégias do Estado diante à atenção primária à saúde (OMS, 1978:58).

Em 1982, no Seminário Inter-regional de Atenção Primária (OMS, 1984:15), realizado na China, se fez destaque que, em muitos países, a APS se organiza como um programa vertical,

de forma paralela ao resto do sistema de serviços de atenção à saúde e de forma independente. Para Standing et al. (2008), esta concepção equivocada consolida-se num tipo assistencial de segunda ou terceira categoria para pobres e zonas rurais, constituindo assim, conseqüentemente, a antítese dos princípios próprios da APS. Este fato estaria ligado aos erros cometidos no processo de aplicação da APS, segundo documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em contradição com a doutrina sanitária que serviu de base à atenção primária e à meta de saúde para todos. Dessa forma, o termo “*atenção primária à saúde*” (APS), além de apresentar diversas “*linhas de interpretação*” e, diferentes abordagens e usos; se refere a tipos diferentes de serviços prestados quando se trata de países centrais e periféricos. Desta maneira, podemos sintetizar os principais enfoques de APS que vem sendo implementados pelos países (OPAS/OMS, 2005; Giovanella & Mendonça, 2008; Mendes, 2002):

- **Atenção de Primeiro Nível** → Um dos níveis de atenção do sistema de serviços de atenção à saúde, compreendido como sendo a porta de entrada ao sistema e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Correspondem aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, que podem ou não incluir uma ampla variedade de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população. O primeiro nível oferece serviços direcionados a cobrir as afecções e as condições mais comuns, atendendo e resolvendo a maioria dos problemas de saúde de uma população. Oferece uma atenção focada na pessoa (não na doença), e coordena ou integra a atenção oferecida em outros locais ou por outros profissionais.
- **APS Abrangente ou Integral** → Concepção abrangente de modelo assistencial e da organização do sistema de saúde. Este enfoque inclui elementos, tais como: participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio a trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. Nesta definição, estão inclusos diversos princípios: necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universal com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e autoconfiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e eficiência de uso dos recursos disponíveis.
- **APS Seletiva** → Programa seletivo com implementação de cesta restrita de serviços, em geral focado na atenção materno-infantil. É considerado como sendo de baixa resolutividade e encontra-se focalizado nas populações em situação de pobreza extrema. Tomada como uma estratégia transitória, a APS seletiva tornou-se o modo dominante de atenção primária para muitos países, direcionando recursos limitados a alvos específicos de saúde.
- **APS com abordagem de Direitos Humanos** → Abordagem que compreende a saúde como direito humano, a partir de políticas de desenvolvimento social “*inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação*” (OPAS/OMS, 2005), pretendendo assim, alcançar melhoras de equidade em saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano.

No contexto de uma abordagem abrangente ou integral, nos moldes da Declaração de Alma-Ata, Starfield (2007) defende a APS como sendo uma estratégia em âmbito populacional, que

requer o compromisso dos governos para abordar a ampla variedade de influências sobre a saúde e para ir ao encontro das necessidades em saúde da população, através dos serviços de atenção primária e da sua relação com outros níveis e tipos de serviços (Starfield, 2007:4).

Em pesquisa realizada por Starfield (2007) se evidencia que países, tanto industrializados quanto em desenvolvimento, mostram que áreas com melhor atenção primária têm melhores resultados em saúde, incluindo menores taxas de mortalidade geral, as de mortalidade por doença cardíaca e a mortalidade infantil, além de melhor detecção precoce de cânceres tais como: cólon-retal, mama, uterino/cervical e melanoma (Starfield, 2007: 21). A autora ainda ressalta que, a Atenção Primária associada a melhores condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública, constitui-se como importante diretriz para alcançar efetividade, eficácia e equidade em serviços de saúde (Starfield, 2007:45).

Desta maneira, Starfield (2007) expõe estudos realizados em países de América Latina que mostram os benefícios obtidos com a reforma da atenção primária:

- **Bolívia** → a reforma em áreas carentes diminuiu em cinco vezes as taxas de mortalidade em comparação a outras áreas sem reforma (Perry et al. apud Starfield, 2007:30)
- **Costa Rica** → as reformas da atenção primária nos anos 90 diminuíram a mortalidade infantil e aumentaram a expectativa de vida a níveis comparáveis aos dos países industrializados (Reyes et al. apud Starfield, 2007:30; Labonté et al., 2009:21)
- **México** → os progressos nas práticas de atenção primária reduziram a mortalidade infantil em áreas de maior exclusão social (Rosero-Bixby apud Starfield, 2007:30)

Na revisão sistemática realizada por Labonté et al. (2009:17), é analisado a longa história de desenvolvimento de programas de APS na América Latina. Sua pesquisa destaca que muitos destes programas incluíram ações que alcançaram a maioria ou todos os resultados desejados pela APS integral, são estes:

- Aumento da equidade no acesso à atenção da saúde e a outros serviços e/ou recursos essenciais para a saúde
- Diminuição da vulnerabilidade através do aumento do empoderamento da comunidade
- Redução da exposição ao risco por meio de mudanças nos determinantes sociais e ambientais da saúde
- Melhora dos mecanismos e oportunidades de participação e das capacidades políticas dos grupos populacionais marginais aos quais se dirige as iniciativas da APS integral
- Aumento nas atividades de política intersetorial sobre os determinantes sociais e econômicos que tem a ver com o setor saúde
- Melhora dos resultados em saúde da população e uma maior equidade em saúde

Entre as questões que Labonté et al. (2009:19) destacam a respeito de América Latina é que, a integralidade da APS parece ser determinada de forma significativa pelo clima político. Para os autores existe uma abordagem mais integral da APS em países com sistemas de saúde

integrados e universais, enquanto que a APS seletiva ou a focalização da atenção primária, para os grupos desfavorecidos, é associado aos sistemas de saúde segmentados e fragmentados.

É provável que se encontre uma APS integral (e efetiva) em países que incluem compromissos políticos com a equidade, o direito legal ou constitucional à saúde, garantido pelo Estado, e onde as políticas claramente identifiquem como componentes da APS: a atenção primária, a participação da comunidade, e as ações intersetoriais. Para Labonté et al. (2009) essas condições provavelmente serão encontradas nos países comprometidos com a saúde e nos programas sociais financiados universalmente.

Renovação da APS na América Latina

Nos anos 1960, acontecia a 3ª Conferência Especial de Ministros de Saúde da América Latina, nessa ocasião aprovou-se o Plano Decenal de Saúde para a região para o período de 1971-1980. Segundo Macedo (apud Fausto, 2005:75), a diretriz desse plano constituía-se na afirmação da saúde como um direito fundamental do indivíduo e das populações, a responsabilidade dos Estados em assegurar esse direito, e a estratégia de expansão das coberturas com serviços de saúde visando sua universalidade. Nesse contexto, a OPAS e a OMS difundiram conceitos importantes que teriam repercussão em diversas iniciativas desenvolvidas nos países latinos e demais regiões pobres do mundo, entre eles os conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária e auxiliar de saúde (Fausto, 2005:75).

Ações, como por exemplo, a denominada “*estratégia rural*”, figuravam como as primeiras relativas à extensão de cobertura dos serviços de saúde propostas pela OPAS. Estas ações eram centradas na extensão de cobertura de serviços de atenção médica e de saúde pública às pessoas sem acesso a esses serviços, residentes em áreas rurais. Para Fausto (2005:76), essas atividades tinham por base “*o trabalho da própria comunidade, pessoas comuns treinadas para executar técnicas científicas simples, e o auxiliar de saúde devidamente treinado para prevenir e tratar problemas de saúde sendo supervisionado por profissionais superiores*” (OPAS apud Fausto, 2005:76).

Para além da extensão dos serviços básicos de saúde, as ações tinham como foco principal os programas dirigidos ao grupo materno-infantil (Fausto, 2005:76). Portanto, as ações direcionadas para esse grupo foram intensificadas com os programas de imunização, o estímulo ao aleitamento materno, a educação das mães, o apoio às ações de abastecimento de água potável e saneamento básico e o estímulo à formação de serviços de saúde para assistência pré-natal e perinatal (OPAS apud Fausto, 2005:77).

A revisão realizada por Fausto (2005) sinaliza que no ano de 1977, a OPAS convocou os Ministros de saúde dos países da América para a 4ª Reunião Especial. Este encontro teve como resultado o documento “*Extensão da cobertura dos serviços de saúde com as estratégias de atenção primária e participação da comunidade*”, que segundo a autora seria o disparador de uma discussão que percorreria toda a década de 1980 e influenciaria a organização dos serviços de saúde em diversos países latinos. Neste documento estão contidos conceitos tais como, desenvolvimento, cobertura de saúde, atenção primária de saúde, participação da comunidade, tecnologia, sistemas de serviços de saúde e desenvolvimento de recursos humanos (Fausto, 2005:77).

Mas, perante as evidências de que ao longo dos anos prevaleceu e implantou-se uma APS seletiva e vertical, e de forma paralela ao sistema de serviços de saúde, um movimento de renovação da APS foi impulsionado pela OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no sentido de alcançar os Objetivos do Milênio acordados pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Em 2003 a OPAS aprovou uma resolução que instou aos Estados membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS visando alcançar as Metas do Milênio. A OPS recomendou a avaliação dos diversos sistemas com base na APS; a identificação e a disseminação de melhores práticas; o auxílio no treinamento em APS para a área de saúde, o apoio aos modelos de APS definidos localmente e; a organização de um processo para definir orientações futuras de ordem estratégica e programática à APS (OPAS/OMS, 2005).

No ano de 2005, a OPAS divulgou um documento de posicionamento, “*Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas*” (OPAS/OMS, 2005; Giovanella & Mendonça, 2008:582). Neste documento, segundo Giovanella & Mendonça (2008:582), a renovação proposta subentende uma atualização da concepção abrangente de APS, que dependeria da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios abrangentes enunciados, concretizados em práticas. Os motivos, para adotar uma abordagem renovada na América Latina, são definidos pela OPAS a partir dos desafios que devem ser enfrentados, tais como os

epidemiológicos, a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas abordagens amplamente divergentes da APS e, o crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade de reduzir iniquidades na área da saúde na região (OPAS/OMS, 2005).

Em 2008, a OMS renova a agenda, reorientado o seu interesse pela APS, para alcançar sistemas de saúde mais equitativos, integradores e justos, levando em consideração a atenção primária como sendo um conjunto de valores e princípios que orientam o desenvolvimento dos sistemas de saúde num mundo em permanente transformação (WHO, 2008:viii). A agenda, difundida no Informe Mundial de 2008, traz quatro conjuntos de reformas relacionadas à cobertura universal; à prestação de serviços de acordo as necessidades e expectativas da população; às políticas públicas que integram as intervenções de saúde pública e a atenção primária; à liderança integradora, participativa e dialogante, capaz de confrontar a complexidade dos atuais sistemas de saúde (WHO, 2008:ix). Para a OMS, deve-se mudar radicalmente a maneira em que os sistemas de atenção à saúde funcionam e aproveitar as possibilidades dos demais setores. Isso será alcançado, impulsionando os valores da Declaração de Alma-Ata – justiça social e direito à saúde para todos, participação e solidariedade – e colocando a pessoa no centro da atenção à saúde (WHO, 2008:xii). Assim, a agenda de reformas sugeridas pela OMS, implica arranjos e negociações delicadas com diversos setores, que serão definidas pela dinâmica social que determina a função dos sistemas de saúde na sociedade (WHO, 2008:xv).

Para além destas questões, a OMS recomendou a reorganização dos serviços de saúde convencionais em redes locais de centros de atenção primária. A OMS destacou que, os serviços de saúde que servem como pontos de acesso ambulatorial dos problemas de saúde devem de oferecer uma ampla gama de serviços integrados, diagnósticos, reabilitativos e paliativos. Desta maneira, a oferta de serviços deve incluir a prevenção e a promoção, assim como intervenções centradas nos determinantes da má saúde. Uma relação direta e duradora, entre os prestadores de saúde e os membros da comunidade atendida, é essencial para poder levar em consideração o contexto pessoal e social dos pacientes e suas famílias, garantindo a continuidade da atenção ao longo do tempo e em todos os serviços (WHO, 2008:55).

Neste contexto, evidenciam-se na América Latina, diversos processos de reforma no setor saúde, e muitos deles no tem alcançado ainda os resultados esperados. Para Conill & Fausto (2009:9) não se pode negar que entre os resultados esperados destes processos, o mais significativo foi a expansão da cobertura do acesso aos serviços no nível primário de atenção.

Para as autoras, para além deste resultado significativo, nas experiências que reduzem esse acesso a um conjunto de ações selecionadas, podem-se identificar movimentos inovadores na organização e nas práticas de atenção primária. Conill & Fausto (2009:9) destacam que, em algumas destas experiências e nos sistemas públicos melhor consolidados, as características multidisciplinares das equipas de saúde e a base municipal das ações favoreceu o desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde. Sendo assim, para as autoras, são nestes países que as iniciativas de integração horizontal são favoráveis, já que elas incluem a outros serviços os setores não sanitários a nível local.

Agentes comunitários de saúde

Com a institucionalização de APS, como paradigma para o cuidado da saúde e o fomento de comunidades saudáveis, desenvolveu-se uma visão crítica sobre os sistemas de saúde existentes, onde se apontava que eles não eram suficientemente abrangentes para permitir o acesso das populações rurais e pobres. Conforme Standing et al. (2008:2097) mencionam, a crítica esteve centrada na tendência dos sistemas de saúde para a privatização do cuidado, para acesso das elites urbanas e para a formação de profissionais altamente qualificados, em vez de, apostar em profissionais de saúde que pudessem lidar com a rotina de cuidados preventivos e intervenções curativas mais necessárias nas comunidades rurais. Os autores destacam também que, esse cenário encontrava-se fortemente influenciado por formas alternativas de organização de saúde e outros serviços que foram surgindo em alguns países pós-coloniais e socialistas (Standing et al., 2008:2097).

A declaração de Alma-Ata (OMS, 1978:46) sugere que os cuidados de saúde primários podem ser prestados por trabalhadores comunitários de saúde. Conseqüentemente, tanto o conhecimento que este profissional deve de ter, como sua preparação vai variar muito de um lugar a outro, de acordo com o tipo de cuidados primários de saúde dispensados (Lehmann & Sanders, 2007:v). Independente disso, seja qual for o seu nível de preparação, é importante que este profissional compreenda as reais necessidades de saúde das comunidades da sua responsabilidade, além de ganhar a confiança da população. Para isso, é fundamental que resida na comunidade à qual presta serviço, e eventualmente é até escolhido pela população para desenvolver tal função (OMS, 1978:46).

No otimismo imediato, pós-Declaração de Alma Ata em 1979, registraram-se um aumento de tentativas mais radicais para combater as necessidades em saúde das populações pobres através da mobilização da comunidade, tomada de consciência sobre direitos e capacitação de agentes locais para a prestação de serviços básicos (Standing et al., 2008:2097). Nesse contexto, muitos países investiram pesado em outras categorias de profissionais que não o médico, produzindo assim, tipos supostamente mais apropriados de trabalhadores da saúde a baixo custo. Estes trabalhadores passaram a receber um treinamento para prover uma simples atenção médica, uma pequena intervenção curativa e realizar atividades de promoção da saúde sob supervisão de profissionais qualificados, geralmente enfermeiros (Standing et al., 2008:2097). Em outras palavras, diversos programas de ACS foram implantados. Cabe

lembrar que, os ACS não foram considerados como um fenômeno novo, na realidade eles foram “*promovidos*” nos anos seguintes à Declaração de Alma-Ata, tornando-se parte importante de muitos sistemas de saúde de países em desenvolvimento (Schneider et al., 2008:180).

Todavia, a OMS no Seminário Inter-regional sobre APS, realizado na China no ano de 1984, alertava que em muitos países, a APS estava reduzida à atuação de trabalhadores comunitários de saúde, que trabalhavam isoladamente, e que a formação reduzia-se ao treino de agente de saúde. Alertou ainda que, se APS significa o acesso de todos os cidadãos aos diversos níveis do sistema de saúde, sendo importante formar pessoal de saúde de todos os tipos, desde especialistas até cada membro da equipe (OMS, 1984).

Nesse contexto, podemos dizer que em algumas situações, principalmente nas nações em desenvolvimento, freqüentemente os prestadores de atenção primária não são médicos. Starfield (2002:161) destaca a presença de profissionais não-médicos, que podem ser enfermeiros trabalhando na comunidade, farmacêuticos ou pessoal treinado especificamente para um papel, que não exige uma educação médica tradicional.

De forma geral, a equipe de APS deve ser multiprofissional e seus membros que não são médicos funcionam de forma mais ou menos independente, até mesmo examinando pacientes sob a orientação geral do médico ou como resultado de treinamento para realizar determinadas funções por si mesmos (Starfield, 2002:161). Dessa maneira, Starfield (2002:162) identifica a existência de três tipos de funções para profissionais não-médicos:

- **Suplementar** → amplia a eficiência do médico ao assumir parte das tarefas, geralmente aquelas que são de natureza técnica
- **Substitutos** → quando os profissionais não-médicos prestam serviços que são geralmente prestados por médicos
- **Complementar** → quando estes profissionais ampliam a efetividade dos médicos fazendo coisas que os médicos não fazem, fazem mal, ou fazem relutantemente

Para Starfield (2002:161), as poucas avaliações que foram realizadas demonstraram que os profissionais não-médicos treinados podem oferecer atenção a muitos problemas agudos e crônicos, bem como atenção preventiva em um nível de qualidade que igualou ou excedeu aquela fornecida pelos médicos (Leroy & Record apud Starfield, 2002:162). Entre algumas funções que os profissionais não-médicos realizam melhor que os médicos, a autora destaca:

- A identificação de mais sintomas e sinais em seus pacientes e prescrevem mais terapias não-medicamentosas do que os médicos (Simborg et al. apud Starfield, 2002:162)
- O auxílio, de forma efetiva a pacientes na implementação dos tratamentos continuados e

difíceis em que os efeitos terapêuticos muitas vezes são demorados (Starfield & Sharp apud Starfield, 2002:162)

Portanto, nas palavras de Starfield (2002:163), *“provavelmente a atenção à saúde não funcionaria bem sem a participação de profissionais não-médicos atuando em papéis suplementares ou complementares”*.

O trabalhador comunitário de saúde, segundo Standing et al. (2008:2096), têm sido usados em muitos contextos, como forma de preencher as lacunas na prestação de serviços em que profissionais qualificados não estão disponíveis, tendo cumprido um papel transformador no desenvolvimento das comunidades (Standing et al., 2008:2096). Sendo assim, o ACS envolve, essencialmente, um conceito que tem como idéia primordial, a formação de um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, ainda que, em várias partes do mundo, apareça sob as mais diferentes formas e nomenclaturas.

Internacionalmente, o ACS foi e é conhecido pelo mundo afora sob diversos termos. Bhattachary et al., Gilroy & Winch (apud Lehmann & Sanders, 2007:3) apresentam uma lista com mais de 36 termos diferentes atribuídos ao ACS nos mais diversos países ao redor do mundo, mas cabe mencionar que ela não se esgota em se mesma, como podemos observar na Tabela a seguir.

Quadro 1 - Termos alternativos para o Agente Comunitário de Saúde

TERMO	PAÍS
Activista	Moçambique
Agente Comunitario de salud	Peru
Agente Comunitário de saúde	Brasil
Anganwadi	Índia
Animatrice	Haiti
Baragay Health Worker	Filipinas
Basic Health Worker	Índia
Brigadista	Nicarágua
Colaborador Voluntario	Guatemala
Community Drug Distributor	Uganda
Community Health Agent	Etiópia
Community Health Promoter	Diversos países
Community Health Representative	Diversos países
Community Health Volunteer	Malauí
Community Health Worker	Diversos países
Community Nutrition Worker	Índia
Community Resourse Person	Uganda
Female Community Health Volunteer	Nepal
Female Multipurpose Health Worker	Nepal
Health Promoter	Diversos países
Kader	Indonésia
Lady Health Worker	Paquistão
Maternal and Child Health Worker	Nepal
Monitora	Honduras
Mother Coordinator	Etiópia
Outreach Educator	Diversos países
Paramedical Worker	Índia

Promotora	Honduras
Rural Health Motivator	Suazilândia
Shastho Shebika	Bangladesh
Shastho Karmis	Bangladesh
Sevika	Nepal
Traditional Birth Attendant	Diversos países
Village Drug-kit Manager	Mali
Village Health Helper	Quênia
Village Health Worker	Diversos países

FONTE: Extraído de Bhattachary et al., Gilroy & Winch apud Lehmann & Sanders, 2007:3.

Não podemos deixar de mencionar: *communitarian agent*, *community health advisor*, *community health advocate*, *community health care agent*, *community-based health agent*, *voluntary workers of health*, *promotor de la salud*, *agentes sanitarios de la comunidad*, *medico descalzo (Barefoot Doctor)*, *auxiliar periférico*, *trabajador/agente de salud de aldea*, *entre outros*. Para Labonté & Sanders (2011), todas as nomenclaturas acima citadas podem ser sintetizadas num termo abrangente: “*Lay Health Workers*” (LHW), que representaria os membros da comunidade que prestam serviços básicos de saúde à comunidade onde residem, seja de forma voluntária ou paga, e que, normalmente, são treinados para o trabalho, mas sem educação formal (Labonté & Sanders, 2011:2).

Embora tenha havido uma enorme variação nos tipos e nas formas adotadas pelos programas de ACS, as experiências internacionais deram origem a uma série de debates fundamentais sobre o papel dos ACS nos sistemas de saúde e destacaram os problemas comuns associados à sua gestão. Para Schneider et al. (2008), o desenvolvimento dos princípios subjacentes à Declaração de Alma Ata influenciaram a discussão sobre o papel desenvolvido pelo ACS, numa polaridade em ter o papel como sendo técnico ou social, se eles devem de ser vistos como agentes de empoderamento da comunidade ou como funcionários do sistema de saúde (Schneider et al., 2008:180). Esta questão, levou ao pesquisador Werner (apud Lehmann & Sanders, 2007) a uma revisão dos programas de ACS da América Latina na década de 1970, como o objetivo de distinguir o ACS como sendo “*lackeys*”¹ ou “*liberators*”². Além de, sobrepôr debates que dizem respeito ao lugar de atuação dos ACS (nos centros de saúde ou nas comunidades), quem deve realizar a seleção, quem deve responder por eles (os profissionais ou a comunidade), e a relação de equilíbrio entre prevenção e assistência, entre o papel de generalista e o especialista do ACS (Lehmann & Sanders, 2007). O rol do ACS, vinculado a esta discussão, a partir da literatura recente, descansa na idéia de que o ACS não é somente um provedor de cuidados em saúde, mas um agente de empoderamento dos direitos

¹ Lacaios, trad. da autora.

² Libertadores, trad. da autora.

da comunidade, uma peça fundamental na luta pelos direitos sociais comunitários e equidade social (Lehmann & Sanders, 2007:5).

Para Schneider et al. (2008:180), apesar das experiências bem sucedidas, nos mais variados contextos que serviram de inspiração para diversos programas de ACS ao redor do mundo, numerosas dificuldades foram se apresentando. Os problemas mais comuns incluíam: falta de integração ao sistema de saúde e conflito com profissionais de saúde, expectativas irreais, ambientes de trabalho desestimulantes, supervisão deficiente, falta de incentivos adequados, alta rotatividade e, em última análise, má qualidade (Berman et al., Walt, Gilson et al., apud Schneider et al., 2008:180; Gilson et al. apud Lehmann & Sanders, 2007:5). Na análise de Walt (apud Schneider et al., 2008:180), os programas de ACS foram introduzidos em muitos países de forma bastante apressada e de cima para baixo, com pouco planejamento. De uma abordagem transformadora dos cuidados em saúde, se tornou em um recurso pobre e numa sub-valorizada extensão dos serviços de saúde anteriormente existentes.

Em decorrência destas dificuldades acima citadas e de graves crises econômicas, o entusiasmo pelos Programas Nacionais de ACS declinou internacionalmente nos anos 1980 e 1990 (Abbatt apud Schneider et al., 2008:180; Standing et al, 2008:2098). Em outras palavras, Standing et al. (2008:2098) sintetizam as diversas e complexas razões para a falência e o declínio de muitos programas de ACS. A primeira razão seria aquilo o que os autores denominam de: “*fatores extrínsecos*”, estruturais e conjunturais que afetaram o setor saúde no período dos anos 1970, tais como a recessão econômica mundial que levou aos países a importantes reformas financeiras. O segundo, as limitações institucionais que tem sido intrínsecos à experiência dos ACS em muitas partes do mundo, como por exemplo: supervisões mal definidas que dificultaram as relações do ACS com os outros profissionais, falta de apoio em termos do acompanhamento da formação e supervisão periódica, falta da avaliação dos resultados do programa, tensões entre os papéis preventivos e os curativos, etc. (Standing et al., 2008:2098).

Em pesquisa realizada por Schneider et al. (2008:180), os autores destacam, contudo, que na década de 1990, os ACS não desapareceram dos sistemas de saúde, havendo uma ampla evidência da presença de leigos e profissionais não médicos da comunidade a nível local nos serviços de atenção Primária (Witmer et al.; Abbat; Lewin et al.; Haines et al.; Lehmann & Sanders apud Schneider et al., 2008:180). Para os autores, os governos nacionais tenderam a reorientar os programas de ACS, ao invés do ACS generalista da geração anterior, estes foram vinculados a programas específicos, como por exemplo: intervenções em saúde materno-

infantil, acompanhamento no tratamento para a tuberculose, malária e AIDS (Schneider et al., 2008:180). Além de, serem reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo um dos caminhos que pode levar a atingir mais rapidamente os Objetivos do Milênio (Abbatt apud Schneider et al., 2008:180).

Devido a estes e outros fatores, os ACS variam consideravelmente no que se refere ao treinamento ou ao tipo de remuneração que recebem. Alguns são voluntários, ou eventualmente recebem algum tipo de honorário ou bolsa, outros são absorvidos pelo setor público (Standing et al., 2008:2097). Para Schneider et al. (2008:185), os ACS podem ser considerados como sendo uma grande e flexível força de trabalho que se encontra à margem do sistema de saúde, ocupando assim, uma posição ambígua como voluntários / trabalhadores. Ao mesmo tempo em que, o Estado assume seu papel como motor propulsor para o financiamento e desenvolvimento dos ACS, evita-se deliberadamente a incorporação dos ACS como empregados formais. Segundo os autores, isso se concretiza graças à utilização de ONGs como intermediárias. Assim, na maioria dos países, os ACS não possuem nenhum tipo de direito trabalhista ou regularização e normatização das suas horas de serviço. Seu status é considerado, por eles mesmos e por outros trabalhadores da saúde, intrinsecamente inferior, e geralmente, o seu relacionamento com outros profissionais é visto como sendo precário (Schneider et al., 2008:185). Para Schneider et al., não seria surpresa que a maioria dos ACS expresse intenção de sair do Programa, ainda que as poucas alternativas reais que possuem, limitam essa escolha em curto prazo, especialmente os programas de ACS vinculados à AIDS, mais presentes nos países africanos.

Entre as mais recentes revisões realizadas por Schneider et al. (2008) sobre as experiências dos ACS, os autores sugerem que, sob condições ideais, a ampliação dos programas é viável, podendo levar a ganhos de saúde e produzir mais benefícios sociais (Haines; Lehmann & Sanders apud Schneider et al., 2008:180). As condições adequadas incluem: **apoio político, inserção comunitária, formação adequada, supervisão e apoio consistente e, remuneração e sistemas de incentivos** (Bhattacharyya et al.; Lehmann & Sanders, 2007; Schneider et al., 2008:180).

Ainda que com críticas, diversos programas de trabalhadores comunitários de saúde foram desenvolvidos em diversos países. A seguir sintetizam-se alguns destas experiências que permitem mostrar a diversidade destes trabalhadores, no exercício da sua função. São vários os programas destacados internacionalmente como sendo de sucesso (Schneider et al., 2008:180), entre eles podemos destacar o caso da China, da Tailândia e dos Estados Unidos

de América, que brevemente estão descritos a seguir.

BANGLADESH, Voluntários comunitários de saúde (“Community Health Volunteers”)

Vinculados à ONG, os Voluntários Comunitários de Saúde prestam serviços curativos de saúde nas regiões rurais. São mulheres engajadas na comunidade, de 25 a 35 anos, casadas e sem filhos menores de 5 anos, motivadas, com alguma escolaridade e moradora distante da unidade de saúde. O treinamento de 4 semanas em doenças, como: anemia, estomatite, resfriado comum e tosse, diarreia, disenteria, úlcera gástrica, úlcera péptica, micose, infestações de sarna e verme. Trabalha em tempo parcial, no período da tarde atendendo uma média de 250 pessoas (Standing et al., 2008).

CHINA, Médicos de pés descalços (“Barefoot Doctors”)

Na China, após o ano 1949, os Médicos de Pés Descalços, também conhecidos como médicos camponeses foram instituídos pelo governo chinês pós-revolucionário. A formação do médico camponês no início da concepção dessa prática de saúde durava três anos de teoria e prática em períodos intercalados. Os aprendizes residiam inicialmente por cinco meses próximos à clínica-escola e, nos períodos de colheita, voltavam para sua região de origem. Havia uma preferência na seleção dos candidatos que possuíam níveis mais elevados de instrução formal, além de conhecimento e da participação na política socialista. Entre as diretrizes para instituição desse profissional elaboradas na I Conferência Nacional de Saúde estavam: a) Atenção prioritária de serviço de saúde na zona rural, onde residiam 80% da população; b) Integração da Medicina tradicional chinesa com a Medicina Ocidental (OMS, 1984).

TAILÂNDIA, Voluntários de Saúde da Aldeia (“Village Health Volunteers”, VHV) e Comunicadores de Saúde da Aldeia (“Village Health Communicators”, VHC)

O Programa Nacional de ACS na Tailândia desde seus primórdios (1978) esteve vinculado ao esforço do Estado para implantar uma APS³ nos moldes da Declaração de Alma-Ata. A APS tailandesa estava predominantemente orientada para o treinamento de dois tipos de ACS: os

³ O governo tailandês implantou sistemas de serviços de saúde para comunidades rurais desde os anos '60. Desde esse tempo, junto com organismos internacionais, vários projetos foram desenvolvidos. Mas, a APS foi adotada como programa oficial do governo no ano de 1979 (WHO 1995:5).

Voluntários de Saúde da Aldeia (VHV) e os Comunicadores de Saúde da Aldeia (VHC).

Na primeira fase de implantação do Programa Nacional de ACS (1977-1981, período denominado *Fourth Health Plan*), 99% dos fundos previstos para os Voluntários de Saúde da Aldeia (VHV) e, 88% dos destinados para os Comunicadores de Saúde da Aldeia (VHC), foram cobertos pelo orçamento do programa de APS, e no período de 1982-1986 (período denominado *Fifth Health Plan*), os gastos estavam direcionados a atividades de treinamento e serviços de apoio e supervisão aos Voluntários de Saúde da Aldeia e aos Comunicadores de Saúde da Aldeia. Como resultado desta implantação, a cobertura de ACS se expandiu rapidamente, alcançando 99% de todas as aldeias no ano de 1986.

De acordo com o programa nacional da APS, o Voluntário de Saúde da Aldeia e o Comunicador de Saúde da Aldeia devem ser moradores comuns e devem ser recrutados voluntariamente para contribuir com o governo no sentido de ajudar aos seus vizinhos e parentes. Para uma aldeia média, de aproximadamente 100 famílias, corresponde um Voluntário de Saúde da Aldeia trabalhando junto com dez Comunicadores de Saúde da Aldeia (1 Comunicador de Saúde da Aldeia para 8-15 famílias). Os Voluntários de Saúde da Aldeia devem ser os líderes de equipe de todos os Comunicadores de Saúde da Aldeia. O Comunicador de Saúde da Aldeia deve ser recrutado pelo responsável local de saúde e o Voluntário de Saúde da Aldeia é escolhido, posteriormente entre os Comunicadores de Saúde da Aldeia, após um período de 3-4 meses de trabalho. Os critérios de seleção para trabalhar como Voluntário de Saúde da Aldeia são: disponibilidade de trabalhar dedicadamente para a comunidade e ter tempo suficiente para fazê-lo, ser alfabetizado, ter a confiança da aldeia, ter uma boa saúde e uma auto-suficiência econômica. Espera-se que os Comunicadores de Saúde da Aldeia atendam a uma gama restrita de tarefas na comunidade. Eles divulgam a informação relativa aos problemas sanitários que afetam a aldeia e relatam as necessidades de saúde dos moradores para o Voluntário de Saúde da Aldeia e/ou a funcionários de saúde locais, para coordenar ações de saúde e outras atividades na aldeia. Por outro lado, as tarefas do Voluntário de Saúde da Aldeia compreendem as do Comunicador de Saúde da Aldeia, como também a provisão de tratamentos curativos básicos, preferencialmente com medicina tradicional, aceitos e reconhecidos pelo Ministério de Saúde Pública daquele país (WHO 1995:7).

EUA, Trabalhadores Comunitários de Saúde (“Community Health Workers”)

Os Trabalhadores Comunitários de Saúde têm trabalhado nos Estados Unidos com grupos populacionais étnicos e marginalizados desde os anos 1960, sendo reconhecidos nacionalmente como um dos meios possíveis para resolver as desigualdades gritantes e as condições adversas de saúde que existem entre grupos populacionais específicos (INGRAM et al., 2008:417). Eles são caracterizados como líderes comunitários que compartilham a linguagem, a condição socioeconômica e as experiências de vida dos membros da comunidade onde trabalham.

Os Programas de Saúde tem trabalhado e utilizado os Trabalhadores Comunitários de Saúde devido ao comprovado aumento da eficácia na utilização de serviços de saúde, na promoção da educação em saúde e, na defesa das necessidades individuais do paciente. Em outras palavras, tem aumentado o conhecimento sobre a saúde e/ou utilização de serviços médicos da população. Ao Trabalhador Comunitário de Saúde também, tem sido atribuído a mudança do comportamento individual e do estado de saúde das pessoas, gerando assim, uma mudança social.

Em revisão sistemática realizada por Ingram et al. (2008), pode-se destacar algumas experienciais, consideradas pelos autores, como sendo significativas, devido a mudança social e a ampliação do acesso da população à qual estes fazem parte. Estas são:

- **Texas** → O programa “*People Improving the Community’s Health*”⁴ evidencia a necessidade de melhorar as relações sociais como um meio para construir o capital social e melhorar a saúde da comunidade (Mark et al. apud Ingram, 2008:418). Neste programa, os Trabalhadores Comunitários de Saúde mobilizam os membros da comunidade para se tornarem participantes cívicos e solucionadores de problemas, resultando na prestação de serviços de saúde diretamente nos bairros, e na diminuição do uso de serviços de emergência para atendimento primário (Ingram et al., 2008:424)
- **Oregon** → O programa “*El Poder es Salud / Power for Health intervention*”⁵ proporciona treinamento de liderança para Trabalhadores Comunitários de Saúde em política local e estrutura de governança; advocacia, e organização comunitária. Evidências preliminares sugerem que, os Trabalhadores Comunitários de Saúde engajados na advocacia formam etnicamente diversos grupos da comunidade para tratar de questões importantes, como as referentes à violência policial e gangues (Ingram et al., 2008:424)
- **Arizona** → Desde o lançamento do “*Comienzo Sano*”⁶, em 1987, programa que visava o acesso ao pré-natal e realizava intervenções educativas. Pesquisadores do sul de Arizona têm colaborado com as comunidades latinas para desenvolver, implementar e avaliar programas que utilizam o modelo de Trabalhadores Comunitários de Saúde. Esta intervenção em saúde pública acabou sendo financiado pelo orçamento do Departamento

⁴ “Pessoas melhoram a saúde da comunidade”, tradução da autora.

⁵ “O poder é saúde / Poder de intervenção em saúde”, tradução da autora.

⁶ “Começo sadio”, tradução da autora.

de Serviços de Saúde de Arizona e atualmente é implementado nas comunidades rurais e carentes de todo Arizona. Os Trabalhadores Comunitários de Saúde tornaram-se cada vez mais reconhecidos por ser um meio eficaz para estimular o comportamento da comunidade, de prestadores de cuidados de saúde, tanto que centros comunitários de saúde têm incorporado o uso de Trabalhadores Comunitários de Saúde em seus programas clínicos. Os Trabalhadores Comunitários de Saúde são afiliados ao Arizona Community Health Outreach Worker Network (AzCHOW), organização estadual designada para prover oportunidades aos agentes comunitários no desenvolvimento de uma voz coletiva direcionada às políticas relevantes e a abordagem das questões de sustentabilidade, como também à expansão do campo de atuação do Trabalhadores Comunitários de Saúde (Ingram et al., 2008:424)

Quadro 2 - Síntese de Programas de Agentes Comunitários de Saúde internacionais

PAÍS	NOMENCLATURA	ASPECTOS GERAIS
BANGLADESH	Voluntários comunitários de saúde (“Community Health Volunteers”)	Vinculados à ONG, os Voluntários Comunitários de Saúde prestam serviços curativos de saúde nas regiões rurais. São mulheres engajadas na comunidade, de 25 a 35 anos, casadas e sem filhos menores de 5 anos, motivadas, com alguma escolaridade e moradora distante da unidade de saúde. O treinamento de 4 semanas em doenças, como: anemia, estomatite, resfriado comum e tosse, diarreia, disenteria, úlcera gástrica, úlcera péptica, micose, infestações de sarna e verme. Trabalha em tempo parcial, no período da tarde atendendo uma média de 250 pessoas.
CHINA	Médicos de pés descalços (“Barefoot Doctors”)	Instituídos pelo governo pós-revolucionário chinês após 1949, a formação do médico camponês durava três anos de teoria e prática em períodos intercalados. Os aprendizes residiam inicialmente por cinco meses próximos à clínica-escola e, nos períodos de colheita, voltavam para sua região de origem. As diretrizes do programa eram: a) Atenção prioritária de serviço de saúde na zona rural b) Integração da Medicina tradicional chinesa com a Medicina Ocidental.
EUA	Trabalhadores Comunitários de Saúde (“Community Health Workers”)	Os Trabalhadores Comunitários de Saúde têm trabalhado com povos marginalizados desde os anos 60, sendo reconhecidos nacionalmente como um dos meios possíveis para resolver as desigualdades gritantes e as condições adversas de saúde que existem entre grupos populacionais específicos. Os Programas de Saúde tem trabalhado e utilizado os Trabalhadores Comunitários de Saúde devido ao comprovado aumento da eficácia na utilização de serviços de saúde, na promoção da educação em saúde e, defendendo as necessidades individuais do paciente.
TAILÂNDIA	Voluntários de Saúde da Aldeia (“Village Health Volunteers”) e Comunicadores de Saúde da Aldeia (“Village Health Communicators”)	O Voluntário de Saúde da Aldeia e o Comunicador de Saúde da Aldeia devem ser moradores comuns e ser recrutados voluntariamente para contribuir com o governo no sentido de ajudar aos seus vizinhos e parentes. Para uma aldeia média, de aproximadamente 100 famílias, corresponde um Voluntário de Saúde da Aldeia trabalhando junto com dez Comunicadores de Saúde da Aldeia (1 Comunicador de Saúde da Aldeia para 8-15 famílias). Os Voluntários de Saúde da Aldeia devem ser os líderes de equipe de todos os Comunicadores de Saúde da Aldeia na aldeia.

FONTE: Elaboração própria.

Como foi visto anteriormente, uma das estratégias para expandir o acesso da população à atenção Primária e a cobertura do sistema é incluir trabalhadores comunitários de saúde nas equipes de saúde. Estes são leigos que além de pertencer à comunidade, desenvolvem atividades específicas de assistência à saúde que respondem às necessidades explicitadas pela comunidade e principalmente, ações de caráter educativo (OMS, 1978:72).

Na América Latina, em alguns países a expansão da atenção Primária contou com a presença destes trabalhadores comunitários de saúde, geralmente denominados “*promotores comunitários de saúde*”. Estes trabalhadores podem ser voluntários ou receber uma pequena

remuneração. A experiência recente mais é a do Brasil, que implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde o ano 1991, e atualmente conta com 246 mil agentes de saúde. Por ser uma experiência considerada de sucesso internacionalmente, o percurso percorrido pelo Brasil na implantação e consolidação da sua experiência será tratado mais adiante, de forma mais detalhada.

Dentre estas diversas experiências encontra-se a do El Salvador que, desde 1976, nas comunidades rurais, prestam serviço os Auxiliares Rurais de Saúde (ARS). Os ARS foram treinados pelo Ministério de Saúde Pública para prestar serviços de atenção primária e de planejamento familiar, são encarregados pela educação em saúde das famílias, e especialmente, pela atenção materno-infantil. Com este programa procurou-se a promoção de uma melhor utilização dos centros e postos de saúde disponíveis e mais próximos das comunidades. Os ARS são selecionados nas comunidades onde vão trabalhar e são capacitados durante 10 semanas. Eles devem saber ler e escrever e ser originários de comunidades que tenham como mínimo 100 residências. Entre as atividades principais se encontram: visitas domiciliares ou realização de grupos; encaminhamento de casos aos centros de saúde, especialmente para atenção pré-natal e pós-natal; atenção em dispensários de puericultura; planejamento familiar e distribuição de anticoncepcionais e contraceptivos; tratamento sistemático de dores musculares, diarreia, e infecções oculares; administração de injeções, provisão de medicamentos antiparasitários, primeiros socorros e promoção do registro de nascimento e óbitos (Rubin et al. 1983:561).

Mais tarde, segundo a CEPAL (apud Conill & Fausto, 2009:33), o país tem se privilegiado com a contratação de organizações não governamentais (ONG), para pôr em marcha a estratégia de ampliação de cobertura de Serviços Essenciais de Saúde e Nutrição (SESYN). Segundo o documento, a intervenção tem como base a concentração dos subsídios públicos e a prestação de um pacote definido de atenção integral à saúde materno-infantil, que inclui ações preventivas e curativas de saúde. Desta maneira, foram selecionadas quatro ONG, que recebem recursos mediante os quais financiam uma rede de atenção composta por promotores de saúde e equipes itinerantes (EIS), com capacidade média de resolução e referência de casos às Unidades vinculadas ao Ministério de Saúde.

Desde 2010, promotores de saúde integram os ECOS Familiares (Equipes Comunitárias de Saúde Familiares). As ECOS Familiares estão compostas por médicos, enfermeiros e promotores de saúde que são responsáveis por 600 famílias na área rural e 1800 na zona urbana. Devem apoiar para enfrentar os determinantes sociais, com enfoque participativo e

garantir o acesso à atenção preventiva e curativa. As ECOS Familiares recebem suporte das ECOS Especializadas, compostas por ginecologistas, obstetras, pediatras, fisiologista, psicólogo e nutricionista.

Na Nicarágua, segundo Conill & Fausto (2009:34), os programas materno-infantis são executados por uma rede de provedores do Ministério de Saúde, como ser os centros e os postos de saúde distribuídos pelo território nacional. Estes provedores contam com o apoio de programas de atenção Primária de saúde financiada por organismos internacionais e também com os Sistemas Locales de Atencion Integral de Salud (SILAIS) que estão localizados no interior das comunidades beneficiadas por este recurso. Para Herrera (apud Conill & Fausto, 2009:34) os SILAIS difundem informação, promovem praticas saudáveis e prestam serviços de saúde. Assim, estas ações têm contribuído à apropriação da população, principalmente das mulheres no que diz respeito a sua responsabilidade para a manutenção da saúde familiar.

A partir da análise realizada pelas autoras, a participação de voluntários capacitados tem se intensificado a partir da ajuda financeira que o governo tem dado aos centros e postos de saúde, que desenvolvem suas ações apoiados nesta rede de voluntários. Destacam ainda que, neste país o voluntariado é freqüente, sendo uma pratica muito comum, constituindo-se uma rede de brigadas e voluntários que assumem até hoje um papel importante na atenção à saúde da população (Conill & Fausto, 2009:34).

No caso da Venezuela, através da integração de recursos fiscais e de aportes obrigatórios da seguridade social, esta consolidando um “*Sistema Público Nacional de Saúde*”, que estará sob responsabilidade do Estado. A estrutura do novo sistema público esta organizada a partir de um sistema de rede de serviços de saúde e níveis de atenção, com o objetivo de criar um novo sistema único de saúde. Seguindo esta nova lógica, tem se implementado diversas medidas dirigidas a reorientar o modelo de atenção e entre elas destaca-se a “*Misión Barrio Adentro*” iniciada em 2003 (Conill & Fausto, 2009:43).

Com estas medidas pretendem-se fortalecer a capacidade de resolução da rede de ambulatorios da atenção primária mediante a implantação, consolidação e extensão de “*consultórios populares*” que devem funcionar como um núcleo gestor da saúde integral. Em documento, o Ministério de Saúde deste país define que, estes consultórios devem contar com uma equipe de saúde composta por um medico, enfermeiro, promotor social, que devem atender as necessidades de saúde de aproximadamente 250 famílias, de uma área geográfica determinada e funcionem 24h por dia. Também, os consultórios populares devem oferecer serviços de odontologia e oftalmologia, e desenvolver atividades de promoção e prevenção de

saúde, além de ações curativas. Portanto, constituem o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde e, uma etapa previa e obrigatória de atenção (com exceção das urgências) para aceder à atenção secundária e terciária, articulando-se inclusive a uma rede de farmácias populares (Conill & Fausto, 2009:43).

ACS no Brasil

No Brasil, os primeiros trabalhadores de saúde não médicos de nível técnico ou elementar datam do início do século XX. Foram as Visitadoras Sanitárias e os Inspectores de Saneamento vinculados a projetos de campanhas de saúde pública que controlaram surtos de peste bubônica, erradicaram a febre amarela e combateram a malária, permanecendo vinculados ao controle das endemias rurais. Desde então, estas entre outras experiências, na política pública de saúde do país, evidenciaram a potenciabilidade da inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde da APS, para auxiliar o desenvolvimento das práticas de saúde e aproximar a cultura e o conhecimento da população aos saberes dos profissionais (Furlan, 2008:368).

Posteriormente, estes trabalhadores não médicos passaram a conformar o quadro de trabalhadores do sistema de serviços de saúde do país como ACS, em experiências isoladas. Nas primeiras experiências, estes agentes de saúde eram responsáveis por auxiliar o acompanhamento feito pelos profissionais da saúde às famílias e aos indivíduos nos locais de residência. Seria por intermédio deles, segundo Furlan (2008), que se proporcionaria a discussão dos problemas de saúde das localidades e da participação da comunidade nas ações de saúde. Estes trabalhadores escolhidos para trabalhar nos programas, geralmente já participavam em atividades desenvolvidas na comunidade, como por exemplo, em igrejas, escolas, associações ou como cuidadores de forma geral.

Na atualidade, os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS (Sistema Único de Saúde), ligados à (Nogueira et al., 2000:2):

- **Unidade básica de saúde** ainda não organizada na lógica da Saúde da Família, permanecendo na equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) sob supervisão de um enfermeiro
- **Unidade de Saúde da Família** como membro da equipe multiprofissional da Estratégia, usualmente composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACS

Segundo critérios definidos em comum pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias municipais de saúde (SMS), as pessoas podem exercer a função de ACS independentemente do nível de escolaridade. Ou seja, para se candidatar à função não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde, porque caso seja aprovado, deve receber treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estar sob constante supervisão do seu enfermeiro instrutor (Brasil, 2002:17).

É importante destacar que para ser ACS é necessário conhecer bem a sua comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade, pois ele acompanhará em média, 550 pessoas de sua comunidade. O ACS deverá também preencher os seguintes requisitos estabelecidos pelo MS (Brasil, 2002:17; Nogueira et al., 2000:2):

- Idade mínima de 18 anos
- Saber ler e escrever
- Residir na comunidade há pelo menos dois anos
- Ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades

É importante destacar que o MS garante em lei (Brasil, 1999) que o ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, seja com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, como veremos mais na frente. Como observa Nogueira (2000:4), é um aspecto muito relevante, pois se refere a seu potencial de impacto sobre a geração de oportunidades de renda e de emprego. Na maioria das vezes, são jovens e, sobretudo mulheres de baixa renda, que ingressam no mercado de trabalho pela primeira vez, contribuindo para a melhoria das condições de vida e trabalho de suas famílias (NOGUEIRA, 2000:4).

Breve histórico do ACS

Para compreender melhor o caminho percorrido pelos não médicos de nível técnico ou elementar até chegar ao ACS tal como o conhecemos hoje, Silva (2001) em sua tese de doutorado traça um histórico de atuação destes trabalhadores, que inclui como antecedentes do programa nacional: as visitadoras sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a experiência do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Vale da Ribeira e o programa de ACS do Ceará.

Serviço Especial de Saúde Pública (SESP, 1942-1960)

No Brasil, quando o SUS ainda não se encontrava na pauta de discussão, já se tinha conhecimento de uma experiência de trabalho semelhante ao do ACS, as visitadoras sanitárias ligadas ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942 (Silva, 2001:19).

O SESP (1942-1960) foi um serviço pioneiro no Brasil, subordinado diretamente ao Ministério da Educação e Saúde e em cooperação dos Estados Unidos de América (EUA). A instituição tinha como principal atribuição a preparação de profissionais para trabalho de saúde pública, que compreendia: aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, formação de enfermeiras de saúde pública e treinamento de outros técnicos (Mendes, 2002:24).

As atividades do SESP, inicialmente, estavam dirigidas a programas de assistência médico-sanitária influenciados pela medicina preventiva, às populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico, constituindo um avanço importante no combate à malária (Silva, 2001:20), agrupando suas atividades em três eixos principais⁷: saúde pública, assistência médica e laboratório. Segundo Silva (2001), a Direção do SESP compreendeu que era necessário oferecer à população cuidados de assistência médica, pois além de constituir um benefício, se tornaria um “*atrativo imediato*”, para que a população aceitasse as medidas preventivas.

No que diz, respeito às visitadoras sanitárias, elas atuavam como auxiliar no desenvolvimento de atendimento aos indivíduos e às famílias residentes em uma determinada área do município seja na unidade ou/e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro, mediante protocolos estabelecidos, para a prevenção da saúde ou monitoramento das doenças prevalentes (Silva, 2001:25).

As visitadoras sanitárias realizavam, logo após a admissão, um treinamento para o trabalho. O curso de treinamento era ministrado pelo enfermeiro e tinha duração de seis meses, mediante programa validado pela instituição. Entre as atividades realizadas pelas visitadoras sanitárias, pode-se destacar:

- Visitas domiciliares a puerperais e recém-nascidos
- Atendimento a gestantes e crianças de baixo risco, na “*unidade sanitária*”; sendo que o primeiro atendimento da gestante era sempre realizado pela enfermagem
- Acompanhamento de nascidos vivos e de óbitos de menores de 1 ano
- Monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes (Silva, 2001:24)

⁷Três eixos de atuação do SESP:

1. **Saúde Pública:** controle de doenças transmissíveis, estatística vital, enfermagem de saúde pública, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança (higiene infantil, higiene pré-escolar, higiene escolar), saneamento do meio ambiente (água, dejetos, construção de fossas, higiene da habitação, combate à malária, fiscalização de gêneros alimentícios)
2. **Assistência Médica:** adulto, mulher, criança
3. **Laboratório:** exame de urina, sangue, fezes, escarro

Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, 1976-1979)

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) Nordeste, criado em 1976, tinha como objetivos a implantação de uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da região (Rosas apud Silva, 2001:25). As práticas do programa abrangiam questões que iam desde as relacionadas ao meio ambiente até os problemas sanitários que demandavam atenção médica individual.

O PIASS, institucionalizado como política governamental alcançou grande expressão, (Silva, 2001:25), e posteriormente, no ano de 1979, foi objeto de expansão, cobrindo outras áreas rurais do território nacional. O projeto de maior expressão foi Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira (DEVALE), que para Mathias (2008) contribuiu para a construção do que posteriormente viria a ser o ACS, ao estabelecer que seus agentes, além de serem moradores das comunidades, também atuassem em postos de saúde e tivessem atribuições tanto na área de ações comunitárias quanto nas ações de atenção individual (Mathias, 2008:22).

Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará (PACS, 1987-1989)

O Programa de Agentes de Saúde do Ceará, criado em 1987, estabeleceu as bases para a transformação do trabalho dos agentes comunitários em política pública. Segundo Silva (2001:49), fazia parte do Plano de Governo do Estado do Ceará a implantação de um Programa que trabalhasse com agentes de saúde nos municípios castigados pela seca. E principalmente, pela persistência de altos índices de morbidade e mortalidade entre a população, principalmente, a infantil, devido, sobretudo a três fatores (Nogueira, 2000:4):

- Dificuldade de acesso aos serviços formais de saúde
- Carência de informação por parte da população sobre o funcionamento dos serviços de saúde e acerca das formas mais eficazes para que ela mesma proteja sua saúde
- Limitações existentes no trabalho educativo realizado pelos profissionais das unidades de saúde

Desta maneira, ainda que de forma temporária, estes agentes, moradores de áreas carentes, teriam uma ampla ação de promoção à saúde. Sua remuneração seria garantida com os recursos do fundo especial de emergência destinado pelo Governo Federal. (Minayo apud Silva, 2001:49).

Segundo Silva (2001:49), a ocorrência de seca na região e a “*decisão de abertura de frentes de trabalho para a população*” (Silva, 2001:49) das regiões consideradas mais críticas, impulsionaram o início do Programa. E, como dito anteriormente, o Estado empregaria, ainda que por curto prazo, “*milhares de moradores*” (Silva, 2001:49). Estes trabalhadores receberam treinamento de duas semanas, e logo trabalharam de 6 a 12 meses, desenvolvendo ações de terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para o estímulo materno (Silva, 2001:49).

O “*Programa de Agentes de Saúde do Ceará*” (Silva, 2001:49) estendeu-se pelo interior do estado. No período que se estende de setembro de 1987 a agosto de 1988, contratou 6.113 pessoas em 118 municípios do sertão cearense, das quais 95% eram mulheres.

No ano de 1988, passado o momento mais crítico, o Governo do Estado decidiu não só manter o Programa, mas expandi-lo a mais de 45 municípios, agora financiado com recursos do Tesouro do Estado (Minayo apud Silva, 2001:50). Segundo Silva (2001:51), o Programa visava atender toda a população dos municípios onde foi implantado e, empregar um número relevante de mulheres, especialmente nas áreas de menor desenvolvimento socioeconômico, para melhorar sua condição social e ter uma participação mais ativa na sociedade.

Com a expansão do Programa, os objetivos foram revistos e a meta final do PACS de Ceará passou a ser: melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde (Silva, 2001:50). Entre os objetivos específicos, Silva (2001) destaca os que “*expressavam a expectativa em relação à atuação dos agentes de saúde*” (Silva, 2001:50):

- Reduzir o risco de morte ligado ao parto para a mãe e a criança
- Aumentar a proporção de mães que alimentam os seus filhos exclusivamente no peito até 4 meses de vida
- Reduzir os óbitos causados pela desidratação resultante da diarreia

Segundo o Relatório assinado por Minayo et al. (apud Silva, 2001:51), os agentes deviam trabalhar com outros membros da comunidade que já vinham desenvolvendo ações de saúde, como as parteiras leigas e os curandeiros locais. Suas ações específicas estavam relacionadas com:

- **Visitação domiciliar às famílias da área:** especialmente as que têm crianças menores de 2 anos e gestantes para:
 - Passar conhecimentos nutricionais, e para prevenção e atenção precoce a agravos
 - Fornecer medicamentos antitêrmicos
 - Executar curativos de feridas, pesagens periódicas das crianças menores de 2 anos (com acompanhamento na curva de crescimento)
 - Medição do perímetro braquial das gestantes

- **Encaminhamento às Unidades de Saúde:** diagnóstico, terapia e controle preventivo, especialmente pré-natal; prevenção do câncer gineco - obstétrico e vacinações
- **Participação em atividades de promoção da saúde:** organizar ou colaborar com reuniões, discussões, atividades na comunidade (vacinação ou obras de saneamento) para promover uma atitude ativa e participativa das famílias e da comunidade para a proteção da saúde

No que se refere à seleção; os Agentes, na medida em que não podiam ser contratados mediante um concurso público convencional, eram eleitos pela comunidade local. Após treinamento, que incluía uma capacitação inicial de 60 dias com ênfase em ações de educação e de promoção da participação comunitária, que era fornecido pela supervisão municipal (Silva, 2001:52), os ACS se vinculavam a um supervisor de nível superior com dedicação exclusiva ou, pelo menos, por 20 horas semanais de trabalho.

Para Minayo et al. (apud Silva, 2001:51), foram vários os resultados positivos alcançados pelo PACS no Estado do Ceará, que posteriormente influenciariam a sua continuidade e a ampliação em todo o país com a criação pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Entre os principais aspectos positivos os autores ressaltam:

- Ampliação do acesso aos serviços
- Importância da presença dos agentes nas comunidades, da confiança que lhes depositava a população, da atitude e do compromisso evidenciado no trabalho
- Melhoria de determinados indicadores (cobertura vacinal, controle de câncer cérvico-uterino), indicadores de qualidade do trabalho
- Redução de doenças preveníveis por imunização
- Queda da mortalidade infantil por diarreia

Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS, 1991) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS, 1992)

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) teve seu início em 1991, na região nordeste do Brasil e, tinha como meta sua ampliação de cobertura, alcançando a periferia e áreas carentes das grandes capitais (Silva, 2001:52; Giovanella & Mendonça, 2008:600). Tinha também como propósito articular as várias iniciativas de ACS que existiam espalhadas pelo país sob uma única orientação.

Implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o PNACS tinha como tarefa inicial atender às demandas do combate e controle da epidemia de cólera e das outras formas de diarreia, com reidratação oral e orientação para a vacinação (Giovanella & Mendonça, 2008:600). Para Silva (2001), a justificativa para a implantação do Programa se devia aos

excelentes resultados das diversas experiências de atenção primária no país e, a que muitas delas incorporavam o agente na equipe, representando assim muito mais do que um elo entre a população e os serviços de saúde. Os agentes se caracterizavam pela “*capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde*” (Silva, 2001:53).

Os princípios do programa, que se encontram no documento de orientação e treinamento, “*O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*” (Brasil. Ministério da Saúde, 1994) podem ser resumidos em:

- Programa estratégico que contribui na redução da mortalidade materno-infantil
- Instrumento para provocar a discussão da organização e ou reorganização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)
- Aglutinador de forças sociais para viabilizar a criação e ou a implementação dos Conselhos Municipais de Saúde
- Mecanismo concreto para a interiorização de enfermeiros
- Ponta de lança para mobilização e organização das comunidades

Assim, com o PNACS se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo. Também, se introduz a noção de cobertura por família, antes ausente. Segundo Furlan (2008:369), os objetivos gerais do programa podem ser expressos no aumento da capacidade da população de cuidar da sua própria saúde e resolver seus próprios problemas, sendo o ACS um facilitador do processo. Já os objetivos específicos, podem ser definidos pela detecção das necessidades de saúde da população, como também pela capacidade do ACS para esse trabalho, favorecendo a atitudes saudáveis com a ampliação do acesso à informação na comunidade (Furlan, 2008:369).

Os mecanismos de seleção dos ACS, do programa nacional, foram baseados na experiência realizada no Estado do Ceará, os artifícios foram: ter mais de 18 anos de idade, ter concluído o 1º grau de escolaridade, morar na comunidade há mais de dois anos e dispor de 8 horas por dia para o trabalho (Silva, 2001:54). Após um processo de recrutamento e seleção o ACS era capacitado para ter uma visão abrangente da situação de saúde e habilitação específica para atenção à saúde da comunidade. Giovanella & Mendonça (2008:600) destacam que os agentes foram gradualmente capacitados para desenvolver outros tipos de atividades, devido à “*incipiente cobertura médico-sanitária*” naquelas regiões.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008:600), a institucionalização do ACS trouxe o entendimento de que suas ações, ainda que fora das unidades dos serviços de saúde, compreendem atividades ligadas ao serviço. Além de estabelecer uma ruptura, nas palavras

das autoras, do “*preconceito quanto à realização de serviços de atenção à saúde*” por pessoal leigo da própria comunidade.

Estas questões acima mencionadas exigiram do programa a definição do perfil e atribuições do ACS, além da supervisão de um profissional de saúde de nível superior, o enfermeiro (Giovanella & Mendonça, 2008:601). Para Silva (2001:58), a preocupação das entidades nacionais da enfermagem era que a incorporação dos ACS no desenvolvimento de ações básicas de saúde, algumas identificadas como sendo parte do escopo de atividades da enfermagem, poderiam significar o aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação. Devido a estas questões, após muitas negociações, a FUNASA garantiu às entidades da enfermagem que os ACS, logo depois da sua capacitação básica, continuariam sua formação, alcançando assim a habilitação de Auxiliar de Enfermagem Comunitário (Silva, 2001:58). Mas, cabe ressaltar que, esta garantia não foi à frente e muito menos, implementada. Um ano depois, em 1992, o PNACS se transformou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), perdendo assim, o termo “*Nacional*”.

Para Mendes (2002:9) o PACS, tomado isoladamente, constitui uma proposta de atenção Primária seletiva incompatível com os princípios do SUS. E sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria se respondida com tecnologia de maior densidade.

Programa e Estratégia de Saúde da Família

O MS fortaleceu suas ações de caráter preventivo nos anos 1990, investindo nos programas de ações básicas de saúde que visavam à promoção, esta estratégia fazia parte da reorganização do próprio modelo de atenção (Giovanella & Mendonça, 2008:601). Surgindo assim, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), que na sua primeira fase visava o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que faziam o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (Silva, 2001:60).

No período de implantação do PSF, a proposta não representava a substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social, ou seja, a população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome (IPEA) e posteriormente, os municípios que se encontravam inseridos no Programa de Comunidade Solidária ou no de Redução da Mortalidade Infantil. Para Giovanella & Mendonça (2008:601) esta primeira versão do

programa, além de ser implementado inicialmente em pequenos municípios contemplava o caráter restrito da APS, nas palavras da autora, o PSF se encontrava “*com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção*”.

O PSF e PACS, em 1995, foram transferidos da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) onde ficariam até 1999, quando novamente mudariam de localização institucional, indo para a Coordenação da Atenção Básica da Secretária de Políticas de Saúde (SPS) do MS. Segundo Fausto (2005:45), esta última mudança estaria vinculada a crescente adesão dos municípios à implantação do PSF, o que indicava a expansão do programa e a necessidade de fortalecer o pacto de indicadores da atenção básica e implantar um sistema de informação que possibilitasse o monitoramento e avaliação das ações e serviços realizados pelas equipes de saúde.

Inicialmente pensada como um programa, a Saúde da Família passou a ser considerada pelo MS como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tendo como objetivos a substituição ou conversão do modelo tradicional de assistência à saúde (Brasil, 1994).

No desenvolvimento de suas atividades, as equipes do PSF, de característica multiprofissional, devem conhecer as famílias do seu território de abrangência, como identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, e elaborar um plano de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. Também, devem desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionados com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias (Brasil, 1994; Giovanella & Mendonça, 2008:30).

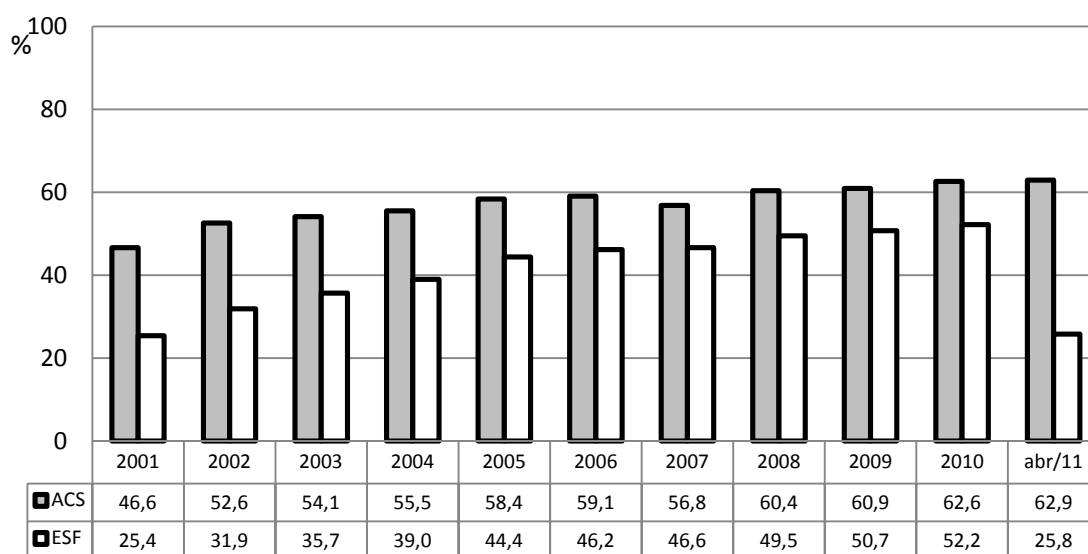
Os ACS foram incluídos na equipe mínima do PSF, sendo considerado um importante instrumento de detecção das necessidades de saúde da comunidade (Furlan, 2008:371). Segundo Furlan (2008), o ACS é considerado pela política nacional como “*a pessoa que agregaria a competência cultural à atenção básica*”, ou seja, introduziria o saber e a cultura da comunidade na formulação e fortalecimento da atenção básica e das estratégias de promoção da saúde. Sendo assim, um importante disparador de análise sobre o contexto e as ofertas a serem elaboradas pelo serviço (Furlan, 2008:370). Desta maneira, as ações e atribuições do ACS, agora inserido numa equipe, contam com o apoio direto do enfermeiro e médico de saúde da família. E em alguns municípios, contam ainda com dentistas,

profissionais de serviço social e psicologia na mesma unidade de saúde ou numa unidade de referência.

No PACS, segundo Nogueira et al. (2000:26), o ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Suas ações são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

O PSF foi implantado gradativamente seguindo a expansão inicial do PACS. A cobertura por ACS é levemente superior à do PSF, fato evidenciado pelo Gráfico 1, que mostra a porcentagem de cobertura populacional de ACS e ESF no período de 2001 a abril de 2011 no país.

Gráfico 1 - Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS e ESF no Brasil de 2001 a Abril de 2011



FONTE: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES), 2011.

No início dos anos 2000, Mendes (2002) argumentou que a difusão e a incorporação rápida do programa no país pareciam indicar que o PACS adquirira prioridade política relevante, o que seria dado pelas suas características singulares, que são:

- Programa de baixo custo-efetivo, ou seja, tem um impacto significativo a custos baixos
- Recursos federais repassados por ACS são atrativos para o gestor local
- Sobre-oferta de recursos humanos para o programa em todos os municípios
- Ajuda a atacar o problema do desemprego para mão de obra de baixa qualificação
- Contratação dos ACS pelos municípios permite acomodar interesses da micropolítica local (Mendes, 2002:36)

Para Fausto (2005:213), os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, editados a partir do ano de 1988, “*re-visitaram as propostas iniciais de organização das práticas de atenção Primária*”, como pode ser evidenciado na formulação, no âmbito do MS, do PNACS em 1991, a partir das experiências bem sucedidas do Ceará e o Vale da Ribeira (SP), implementados no ano de 1981. Sendo assim, o êxito da implantação destes Programas de ACS em municípios brasileiros, “*impulsionou a formulação do PFS no âmbito federal, adotando-o como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização*” (Viana & Dal Poz apud Fausto, 2005:213).

Atribuições do ACS no SUS

A potencialidade da inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde da atenção básica, para auxiliar o desenvolvimento das práticas de saúde dos profissionais, foi evidenciada pelas diversas experiências em política pública de saúde realizadas no Brasil. Segundo Furlan (2008), o objetivo desta estratégia era estender as atividades da assistência à saúde em áreas do país que ainda se encontravam sem serviços de APS. Neste sentido, se apostou na instalação de postos de saúde operados por agentes de saúde recrutados na própria comunidade e por profissionais médicos e enfermeiros. Por outro lado, segundo Furlan (2008:369), este mecanismo proporcionou a discussão dos problemas de saúde locais e a participação da população na elaboração das ações de saúde, através da inserção do agente. A autora ainda destaca que a inclusão destes agentes veio ao encontro da necessidade dos programas de ter apoio à execução das práticas e à implantação com baixos custos (Furlan 2008:369).

O ACS é compreendido como sendo um trabalhador do SUS por excelência, por ele ser o elemento nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, em especial dos programas que expressam modelos para reorientação da assistência à saúde. E por ter a função de ser o elo entre a comunidade e o sistema de saúde, traduzindo para a equipe de saúde as necessidades de saúde da população do seu território (Mathias, 2008:22).

Dessa forma, como tem sido destacado anteriormente; os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família, permanecendo

na equipe do PACS sob supervisão de um enfermeiro; ou ligados a uma unidade de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família.

O PACS constituiu-se estratégia prioritária do Ministério da Saúde, para iniciar a vinculação da população com os serviços e representou, assim, uma etapa transitória para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2002). Desde 2002, o Ministério da Saúde tomou a decisão de não mais expandir o número de ACS sem conexão com o PSF (Nogueira et al., 2000:2). Nos dias de hoje, os ACS atuam, em sua maioria, vinculados às Equipes de Saúde da Família.

O ACS tem a missão básica de executar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal, conforme a Lei Federal Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, estipula. É importante que, o ACS execute suas atribuições no âmbito da comunidade onde reside, e na qual tenha liderança e possa manifestar solidariedade (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9). Segundo documento do MS, este aspecto subjetivo, é de suma importância para os programas, pois como o próprio documento do MS sinaliza, *“de nada adianta conhecimentos técnicos se não tem credibilidade na esfera da comunidade onde atua”* (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9). Entre outras características, o ACS deverá ser uma pessoa flexível, bem conceituada na comunidade, amena no trato, com acesso às residências, como se fosse alguém da própria família, de forma a servir de elo entre a comunidade e as equipes técnicas de saúde da família (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9).

O ACS deve sair para realizar seu trabalho, usando sempre a roupa e o crachá que o identifique, e a prancheta com as fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Entre os instrumentos que fazem parte do equipamento básico do ACS (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:18), se encontram:

- Balança, para pesar as crianças em suas casas
- Cronômetro, para checar a frequência respiratória
- Termômetro
- Fita métrica e material educativo

Entre as atribuições mínimas específicas para cada categoria profissional, cabe ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais. Assim, são atribuições mínimas definidas pelo MS, para os ACS (Brasil. Ministério da Saúde, 2006):

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população

adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área
- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe
- Cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe
- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002

É importante para a execução destas atribuições que, o ACS conheça muito bem a comunidade na qual vai trabalhar, esta é a razão principal para que atue precisamente na área em que reside. Para conhecer melhor as famílias pelas quais é responsável (cerca de 150 famílias ou 750 pessoas por agente), ele começa seu trabalho pelo reconhecimento da população. O ACS recolhe informações detalhadas sobre a realidade de cada domicílio e cadastra as famílias, identificando os problemas de saúde mais comuns e situações de risco ao qual a população está exposta, ao mesmo tempo em que novas demandas surgem ou se especificam continuamente. Em outras palavras, o cadastramento possibilita que o ACS saiba onde se encontram as pessoas que necessitam de maior atenção, e identifique as condições de habitação das famílias. Posteriormente, deve acompanhar freqüentemente as alterações que podem ocorrer nos dados desse cadastro, não só para manter atualizado o SIAB, mas para poder reorientar as suas ações (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:18).

Furlan (2008) aponta que, sendo o trabalho do ACS desenvolvido em determinado território circunscrito, encontra-se grande variedade de situações sociais e econômicas da população e também as mais adversas necessidades e diferentes tipos de demandas (Furlan, 2008:374). Portanto, quando os programas (PSF e PACS) passaram a ser implementados em todo o país, outras necessidades foram postas em evidência, mostrando que o quadro de morbidade e de mortalidade da maioria das cidades é muito mais complexo e variado do que inicialmente priorizado como sendo o foco de intervenção dos programas, especialmente as atividades do PACS (Furlan, 2008:374).

A legislação dos ACS

Os principais marcos jurídicos, que dizem respeito ao ACS no Brasil, são: a Portaria nº 1.886, de 22 de dezembro de 1997, que define o as atribuições dos ACS, o decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999 que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. O Ministério da Saúde, na Portaria nº 1.399/MS de dezembro de 1999 descreve, nas suas disposições gerais, a necessidade de incorporar as atividades desenvolvidas pelas estratégias PACS e PSF às ações de vigilância, da prevenção e controle das doenças, entre elas, a malária. Nessa orientação, a Portaria nº 44/MS de 3 de janeiro de 2002 define as atribuições do agente comunitário de saúde na prevenção e no controle da malária e dengue. (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:18)

No que diz respeito à área de gestão do trabalho do ACS, em 2002, eles conseguiram fazer a sua atividade ser reconhecido como profissão, com a promulgação da Lei nº 10.507, considerado como a primeira reivindicação organizada dos profissionais ACS e uma grande conquista. Segundo documento oficial (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9), a demanda surgiu devido ao não reconhecimento dos seus direitos sociais, conforme a Constituição Federal. Tal fato decorria das múltiplas formas de sua contratação: cooperativados, autônomos, temporários, bolsistas, entre outros. A lei significa o reconhecimento social da relevância dos ACS determinando que eles, como profissionais de saúde devem ter pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários.

Com o reconhecimento dos direitos sociais acima descritos, foram estipuladas duas formas de contratação, uma contratação direta pelo poder público municipal e a contratação indireta, mediante instrumento jurídico apropriado (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9). Tanto o primeiro quanto o segundo apresentam desvantagem, que como o próprio documento aponta, o cenário “*seria desastroso*”, especialmente o primeiro, já que haveria estabilidade do servidor e o conseqüente risco de sua permanência na função, ainda que o ACS venha a perder os requisitos fundamentais ou se mudem de comunidade. No caso do segundo, contratação indireta, se encontra o termo de parceria entre o município e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCI⁸), onde há uma comunhão de esforços entre o

⁸ Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, organizada sob a forma de associação, sociedade civil ou fundação, que, em virtude de seu objeto institucional, recebeu do poder público uma qualificação especial, que a torna apta para celebrar o Termo de Parceria, pelo qual pode receber recursos públicos para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público, sem desnatara o seu caratê de gestão privada. (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:11).

poder público e a entidade do terceiro setor, para, em conjunto implementarem o programa⁹. O regime jurídico de funcionamento da OSCIP é do direito privado, sem qualquer interferência estatal em sua gestão. Desse modo, o regime de seu pessoal será o da CLT, sem obrigatoriedade de concurso público para o seu ingresso. Ressalva-se nos documentos oficiais pesquisados que, a OSCIP devesse prestar conta dos recursos públicos recebidos.

Em 2006, outra lei, a de nº 11.350, criou o processo seletivo público especificamente para ACS e agentes de endemias, num esforço de desprecarização das relações de trabalho desses profissionais. No mesmo ano, a emenda constitucional nº 51 acrescentou ao Artigo 198, que estabelece que, tanto os ACS, quanto agentes de combate às endemias, poderão ser admitidos, por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação, formalizando definitivamente a conformação do ACS como profissional integrante da Equipe de Saúde e atenção Primária no país.

Formação e Capacitação do ACS

Para o cumprimento das atribuições, delegadas aos ACS, as capacitações devem contemplar as dimensões conceitual e instrumental. Os instrumentos e formas de atuar deveriam ser desdobrados para a atividade cotidiana, preparando o sujeito para a prática (Furlan, 2008:383).

A capacitação dos ACS ocorre no próprio município, deve ser um processo gradual e permanente que vai se renovando, à medida que o trabalho vai sendo desenvolvido no dia a dia. O responsável pela capacitação continuada é um enfermeiro, que atua como instrutor/supervisor e que, além de treinar os agentes, também acompanha sua atuação e reorienta as ações, de acordo com as necessidades identificadas (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:17).

Na primeira etapa, os ACS recebem orientação para visitar as casas de sua área, cadastrando as famílias. Para tal ação, os ACS são introduzidos em diversos conhecimentos, como as realidades culturais da comunidade, as condições socioeconômicas da sua área de atuação, as

⁹ **Terceiro Setor:** Conjunto de entidades da sociedade civil, devidamente organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:11).

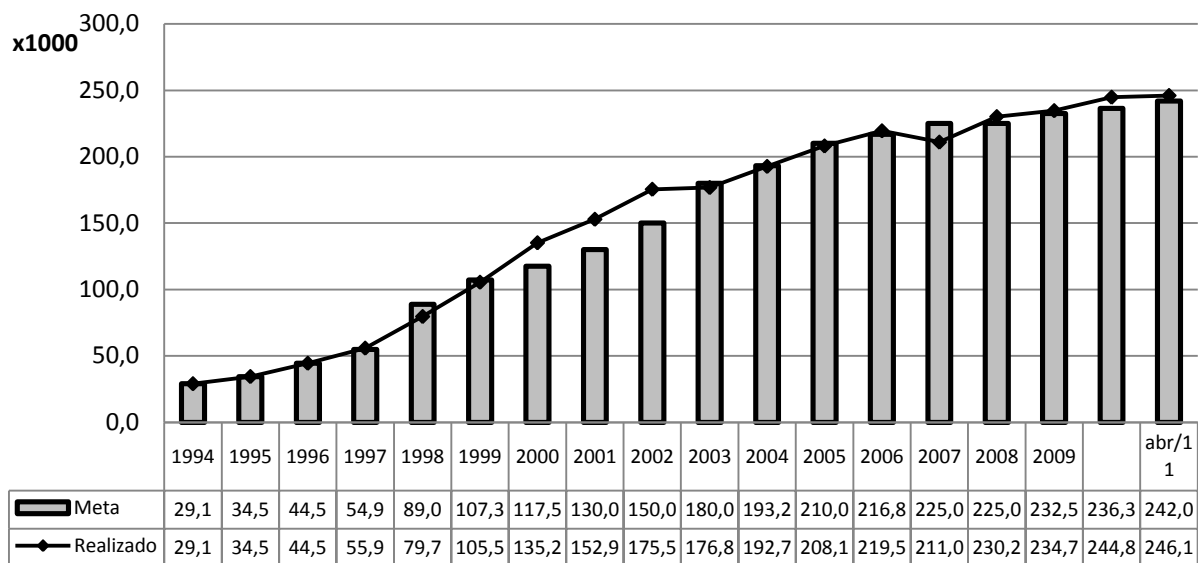
técnicas de comunicação, etc. Em seguida, são treinados nos conteúdos específicos para acompanhar e orientar um grupo de mulheres e crianças identificando e prevenindo situações de risco, considerado prioritário para o atendimento à saúde. Com o passar do tempo, deve ser ampliado o leque de atuação, de acordo com os problemas da comunidade: combate a endemias, assistência a idosos, adolescentes, portadores de necessidades especiais, saneamento básico, outros. Periodicamente, o instrutor/supervisor deve reunir os ACS da comunidade, para avaliar o trabalho realizado e reorientar as ações.

É importante ressaltar que, o Departamento de Atenção Básica (DAB), em articulação com outros setores de desenvolvimento de recursos humanos e instituições formais de ensino, desenvolvem a qualificação profissional dos ACS por intermédio de um currículo de competências. Em 2004 foi desenvolvido o curso de formação técnica do Agente de Saúde, com carga horária mínima de 1200h, realizado e completado para trabalhadores com formação do ensino médio. O curso vem sendo desenvolvido em alguns Estados, com diferentes formatos, como por exemplo, o Estado da Bahia.

ACS em números

Como foram observados anteriormente, os resultados positivos de pesquisas sobre o impacto da atenção primária levaram o governo a ampliar o número de equipes de Saúde da Família. Hoje (abril de 2011), no país atuam 32 mil Equipes de Saúde da Família e 246 mil ACS, na sua maioria, vinculados às equipes. O Gráfico abaixo mostra a meta e evolução do número de ACS no Brasil, desde o ano de 1994 até janeiro de 2010.

Gráfico 2 - Meta e Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados no Brasil no período de 1994 a Abril de 2011



FONTE: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES), 2011.

Inserção laboral e institucional do ACS

O perfil ocupacional ou profissional do ACS comumente é formalizado por normas institucionais e legais que definem as atribuições que devem ser realizadas. Mas, segundo Nogueira (2000), estas atividades estão sujeitas a variação, ajustando-se às necessidades ditadas pela divisão organizacional do trabalho ou ampliando-se, ao longo do tempo, devido a novas atribuições que passam a ser exigidas de cada categoria. Desta forma, um perfil como este, segundo o autor, pode-se sobrepor ao de outras categorias, no campo das profissões de saúde. Como por exemplo, na uma formulação de competências para atuar na interação social serviço/comunidade, as quais estão implícitas genericamente nas atribuições do profissional auxiliar de enfermagem, que por sua vez absorve as do visitador sanitário (Nogueira, 2000:5).

Para Nogueira (2000:5), a discussão sobre o perfil do ACS e seu enquadramento, em relação às outras profissões, tem duas interpretações:

- **O ACS pertence ao grupo de enfermagem** → O ACS realiza cuidados de saúde, que segundo as entidades de representação do profissional de enfermagem, a prática de cuidado de saúde às pessoas é muito mais extensiva do que o dado ao perfil ocupacional do ACS
- **O ACS é um trabalhador *sui generis*** → O ACS apresenta-se como não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões da saúde. Sendo assim, um trabalhador *sui generis*, que tem uma identidade comunitária, realizando tarefas que vão além do campo saúde

Nessa perspectiva, Nunes et al. (2002), estabelecem que a dificuldade na inserção e delimitação de atribuições do ACS, se encontra na tensão que se gera na definição do “*espaço*” que ocupa o ACS na equipe. Assim, para os autores, o ACS se encontra, por um lado como pertencente à comunidade, estando ao lado dos usuários, tendo um perfil ou desenvolvendo um papel ora “*social*”, ora “*cultural*”; e por outro lado ele também pertence à equipe de saúde e ao corpo de profissionais que atuam nesse território, desenvolvendo um lado institucional (Furlan, 2008:377). Portanto, para estes autores, o ACS, seria porta-voz e representante tanto da comunidade, quanto da instituição, um “*Agente Polifônico*”, nas palavras de Nunes et al. (2002).

Para Silva (2001), o ACS tem dois pólos no seu perfil, um institucional, estritamente técnico, e outro como agente da comunidade, assumindo um caráter mais político. Mas, a autora ressalta que o que acontece na prática de trabalho é a hegemonia das atividades do primeiro pólo, em contraponto às da perspectiva comunitária.

Na atualidade, segundo Furlan (2008), os ACS tendem a identificar especialmente os problemas de saúde apontados como prioritários pelos programas oficiais e não a partir de necessidades populacionais locais, a pesar de o discurso ter como base um conceito ampliado de saúde. Para Furlan (2008), o olhar e as intervenções estão regidos pela marca da doença, pelos programas criados para fazer frente a eles, ainda que de forma coletivizada; e pelas necessidades de saúde que, ainda são traduzidas pelo acesso aos procedimentos ofertados.

Furlan (2008) observa que, na verdade, há um conflito entre o que os ACS esperam aprender estando na função, o que daria um “*status*”, uma “*linguagem biomédica*”, e o que são chamados para responder no território. Assim, como a própria autora sinaliza, a “*valorização da ação técnica pautada em procedimentos configura a busca do ‘status’ de pertencer à saúde e não mais ser da comunidade.*”

Para Furlan (2008:378), a tensão entre o papel exercido e o lugar ocupado pelo ACS se mantém, à medida que, “*as formulações dos programas e serviços de saúde se propõem a um trabalho que englobe outras questões do processo de adoecimento e se esforce a entender a saúde não só como inverso da doença*”.

Desta maneira, o ACS ganha centralidade na equipe através de suas atividades. A equipe passa a conhecer o que acontece no território e com as famílias, sua história e outros fatores relacionados com o adoecimento e o modo de levar a vida das pessoas (Furlan, 2008:378). Em outras palavras, segundo Bornstein et al. (2008:264), as expectativas sobre a função do ACS, “*ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso, como ‘olheiro’ da equipe na identificação e captação de necessidades*”.

Estas questões contrapõem-se à natureza das funções defendidas pelo Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9), que busca para o ACS um perfil mais social do que burocrático, já que ele configura um perfil distinto do servidor clássico, por que o ACS além dos aspectos fundamentais, como residir na comunidade, solidariedade e liderança, conhece a realidade social que o cerca (Brasil. Ministério da Saúde, 2002:9).

A partir desta breve descrição de algumas experiências internacionais e, da revisão realizada por alguns autores, Standing et al. (2008:2105) lançam uma questão propositiva: “*Qual é o futuro dos ACS?*”, procurando determinar o grau de sucesso dos Programas de ACS tendo como principais eixos: a legitimidade, a confiança e a competência em rápidas mudanças da profissão do ACS. Nesse contexto, estabelecem uma relação de quatro modelos possíveis de ACS do futuro:

1. **Trabalhador genérico** → Necessários em contextos onde há uma grave escassez de pessoal qualificado no local e onde há necessidade de preencher lacunas básicas de prevenção em saúde e cuidados curativos limitados. Para ser alcançado o sucesso, a sua legitimidade precisa ser estabelecida através de maior desenvolvimento da comunidade e de programas de transformação organizacional e de apoio contínuo.
2. **Agente Especializado** → Tem como foco as condições específicas com alta prevalência e necessidade de saúde pública. Este quadro de trabalhadores especializados são menos propensos à concorrência direta no mercado, uma vez que a sua legitimidade, no nível comunitário, é estabelecida. No entanto, pré-requisitos claros para que este modelo alcance o sucesso, são: treinamentos bem desenhados e supervisão consistente, tanto para assegurar e manter a competência, como para impedir a diversificação dos cuidados de saúde.
3. **Paciente Perito / Abordagem Defensor** → Alternativa viável para gerenciar o tratamento de AIDS no contexto de países com severas restrições de recursos humanos. O conceito de o **paciente perito** emergiu como um reconhecimento ao fato de que as pessoas que vivem com doenças não-transmissíveis, tais como o diabetes, geralmente têm grande conhecimento e capacidade para gerir a sua própria condição e apoiar outras pessoas com a mesma doença, a fazê-lo. Programas com pacientes peritos são fornecidos em alguns países e, resultados preliminares sugerem que, esta é uma abordagem altamente eficaz.
4. **Agente Mediador da Comunidade** → Facilitadores locais, que não são "*especialistas*", mas são agentes treinados para capacitar as pessoas no desenvolvimento de soluções de problemas e recursos de acesso, atuando, por exemplo, na mediação entre as comunidades e serviços burocráticos, facilitando usuários a se tornarem conscientes de seus direitos e a usar a mobilização social para obter um melhor acesso aos serviços, neste caso, de saúde (Standing et al., 2008:2105).

Todavia estas perspectivas parecem não incluir os ACS como profissional técnico qualificado para a ação comunitária e coletiva, integrante de uma equipe multiprofissional, em áreas urbanas ou rurais, como no caso do programa brasileiro.

CONTEXTO DA PESQUISA, A ATENÇÃO À SAÚDE NO PARAGUAI

A presente pesquisa tem como contexto de estudo a atenção à saúde na República do Paraguai, que é um país situado no centro de América do Sul e, junto com Bolívia, constitui um dos países que não tem saída ao mar. Faz limite com o Brasil, Argentina e Bolívia; como pode ser visualizado na Figura a seguir.

Figura 1 - Mapa da América do Sul



FONTE: Extraído de Googlemaps, 2009.

Para contextualizar a seção, inicialmente apresentam-se indicadores selecionados, agrupados em: sócio-demográficos, geopolíticos e socioeconômicos. Em seguida, faz-se uma breve introdução ao sistema de saúde do país, com uma passagem histórica, suas normativas e o lugar que a APS ocupou e ocupa na orientação do Sistema de Serviços de Atenção à Saúde nacional.

Apresenta-se também uma breve descrição e alguns dos principais indicadores do local de

realização da pesquisa, o Bañado Sur que se encontra abrigado na cidade de Assunção, XVIII região sanitária. Esta região foi escolhida devido a que a estratégia de APS, proposta pela política nacional, ainda se encontra em fase de implantação, não cobrindo a totalidade do território nacional e porque, até o mês de dezembro de 2009, período de início desta pesquisa, os ACS, objeto do estudo, só atuavam nesta região sanitária.

Paraguai, breve contextualização

Contexto Sócio-demográfico

O Paraguai tem uma superfície de 406 752 km², e é dividido pelo rio Paraguai em duas regiões bem diferenciadas, a Região Ocidental, chamada de Chaco e a Região Oriental. A primeira se caracteriza por ser de planícies áridas e corresponde a 61% do território, possuindo pouco mais de 2% da população. Já a segunda, Oriental, com planícies e colinas de florestas, conta com o 39% do território e com 97% da população, concentrando a maioria das atividades econômicas (Angeles et al., 1999:5; DGEEC, 2004:16).

Segundo dados da Pesquisa Permanente de Lares, a população é de 6.163.913 habitantes (2008), sendo 49,7% do sexo masculino e 50,2% do feminino (DGEEC, 2008). A projeção para o ano de 2007 da taxa de natalidade foi de 25,0 por mil e da taxa global de fecundidade, 3,1 filhos por mulher (DGEEC (a), 2007:20). Para o mesmo ano, se estimou uma projeção na taxa bruta de mortalidade geral de 5,6 por mil, e uma taxa de mortalidade infantil de 32,4 por mil nascidos vivos. A esperança de vida ao nascer no ano de 2007 foi de 71,1 anos (PNUD, 2009:185). A população menor de 10 anos é de 21,8% e a de maior de 65 anos é de apenas 4,8%. A porcentagem da população economicamente ativa é de 60,8% (DGEEC (a), 2007:48). Estes dados aqui apresentados encontram-se sintetizados na Tabela abaixo, Principais Indicadores sócio-demográficos do Paraguai, a seguir.

Tabela 1 - Principais Indicadores sócio-demográficos, Paraguai

PRINCIPAIS INDICADORES	PARAGUAI
Superfície	406 752 Km ²
População	6.163.913 habitantes
População urbana	58%
Taxa bruta de fecundidade	3,1 filhos por mulher

Taxa bruta de mortalidade	5,6 por mil
Taxa de mortalidade infantil	32,4 por mil nascidos vivos
População menor de 10 anos	21,8%
População maior de 65 anos	4,8%
População economicamente ativa	60,8%
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais de idade	5,2%

FONTE: elaboração própria a partir de: DGEEC, 2008; DGEEC (a), 2007; PNUD, 2009

A taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais de idade é de 5,2% (DGEEC, 2008).

A média de anos de estudo da população de 10 anos e mais de idade é de 7,6 (DGEEC, 2008).

A distribuição da população por área de residência é de 58% na área urbana e 42% na área rural. A densidade populacional no ano de 2007 foi de 15,0 hab/km², sendo que, a cidade de Assunção é a de maior densidade demográfica, com 4.436,5 hab/km² (DGEEC (a), 2007:21).

O povo paraguaio possui dois idiomas oficiais: o espanhol e o guarani. Segundo o censo de 2002, o idioma guarani predomina em 59,0% dos lares paraguaios, o espanhol em 35% e em 5,1%, outros idiomas (DGEEC (d), 2002), a seguir na Tabela 2.

Tabela 2 - Idiomas Predominantes nos lares paraguaios (%), 2002

IDIOMAS	LARES PARAGUAIOS (%)
Espanhol	35,0
Guarani	59,0
Outros idiomas	5,1

FONTE: extraído de DGEEC (d), 2002

Contexto Socioeconômico

O último informe sobre o desenvolvimento humano do PNUD colocou o Paraguai na posição número 101, com um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,76; que corresponde ao desenvolvimento médio, um dos mais baixos da América Latina, apenas acima de El Salvador, Honduras e Bolívia (PNUD, 2009:186). Segundo o Banco Mundial, o Produto Interno Bruto (PIB, em bilhões de US\$) do Paraguai é 16,0 bilhões no ano de 2008. No mesmo informe, o PIB per capita foi de 4,8 mil US\$ no mesmo ano (World Bank, 2009). Segundo a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), 30,8% da população do Paraguai vive em situação de indigência e 58,2% em situação de pobreza em 2008 (CEPAL, 2009:99). Em 2009, estima-se que o PIB diminuiu 3,5%, portanto, a economia do Paraguai encontra-se entre aqueles que tiveram maior desaceleração econômica na América Latina com a recente crise financeira internacional. Este resultado é devido, principalmente, à intensa seca que afetou o país e, repercutiu fortemente no setor agrícola,

sofrendo perdas significativas (CEPAL, 2009:99).

O Paraguai tem como principal suporte econômico as atividades agrícolas e pecuárias, como também os ganhos obtidos pelas usinas hidroelétricas. No que diz respeito aos recursos agrícolas, se destacam a produção de cana-de-açúcar, algodão, soja e tabaco. O país também produz cereais, milho, erva-mate e mandioca, base tradicional da alimentação dos habitantes (PNUD, 2002:346, DGEEC, 2004:17). A pecuária, bastante desenvolvida, conta com a criação de bovinos, suínos e ovinos. Os produtos agropecuários e florestais representam 75% das exportações, dos quais, 42% do total das exportações paraguaias, são de soja (Angeles et al., 1999:6; DGEEC, 2004:18). Seus complexos hidrelétricos, como a Usina Hidrelétrica de Itaipu, co-financiada com o Brasil, fornece um índice de cobertura energética de 175,2%, bastante acima do consumo interno, sendo, portanto, fonte de recursos externos devido à venda da energia excedente (Diakonia, 2005:4). Conta ainda com a Usina del Acaray em Hernandarias e a Usina de Yacyreta construída em parceria com a Argentina.

No setor secundário, os campos de maior relevância na geração de riqueza são o comercial e o financeiro, com uma participação aproximada de 28%. O ritmo de expansão destes setores está sujeito a bruscas oscilações, devido a que dependem em grande medida do comércio na fronteira e da disponibilidade de recursos financeiros. O país tem uma economia de mercado caracterizada pela elevada amplitude da “economia informal”, que diz respeito à reexportação a países vizinhos de bens de consumo importados, como nas atividades de várias microempresas e vendedores ambulantes (PNUD, 2002:345).

A migração dos seus habitantes para os países vizinhos foi e é recorrente, especificamente para a Argentina. Este não é um fenômeno novo, começando sua expansão na década de 1940. Nos últimos cinco anos o processo migratório mudou, indo para os países de Europa. Este fato é caracterizado por ser eminentemente social, sendo que as correntes migratórias estariam associadas à procura de melhores condições de trabalho e oportunidades (PNUD, 2002:46; Dullak et al., 2008; PNUD, 2009:57). O último documento publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) revela um elevado índice de migração de mulheres. Esta situação, segundo o documento, pode afetar as relações de gênero no lugar de origem. Em outras palavras, podem mudar os papéis tradicionais e a dinâmica das famílias (PNUD, 2009:84). De maneira ilustrativa, o PNUD relata o caso das paraguaias que migraram para Argentina, estas recebem baixos salários e desenvolvem atividades no setor de serviços pessoais (PNUD, 2009:57) e uma de cada cinco mulheres que vivem na Argentina, tem filhos pequenos no Paraguai (PNUD, 2009:84).

Contexto Geopolítico

O Paraguai se encontra dividido geopoliticamente em 17 departamentos mais a capital, Assunção, conforme se pode visualizar na Figura. Os departamentos são governados por um Governador e um conselho departamental escolhidos diretamente pela população do departamento (OPAS/OMS, 2001:1). Os departamentos, ao mesmo tempo, estão divididos em 225 municípios dirigidos por um Prefeito e um conselho municipal, também escolhido por voto direto (Angeles et al., 1999:6).

Figura 2 - Mapa da divisão geopolítica do Paraguai (superfície km2 por departamento)



FONTE: Extraído de DGEEC, 2009:29.

O Paraguai é um país unitário. No Poder Executivo, um Presidente da República é escolhido por eleições diretas a cada cinco anos. O Poder Legislativo está constituído por duas câmaras,

uma com 45 Senadores e outra com 80 Deputados. O Poder Judicial é formado pela Corte Suprema e os tribunais estabelecidos por lei (OPAS/OMS, 2001:1; OPAS/OMS, 2008:10).

Depois de um longo período de governo ditatorial (1954 - 1989) o Paraguai vem realizando grandes esforços na conquista efetiva do Estado de Direito. No ano de 1991 foram realizadas as primeiras eleições municipais (Angeles et al., 1999:6; PNUD, 2002:81; Diakonia, 2005:2; OPAS/OMS, 2008:10). Em 1992, com a aprovação do texto constitucional, o país proclamou o “*Estado social de Direito*¹⁰” como forma de Estado, e, a “*democracia representativa, pluralista e participativa*” como forma de Governo. As primeiras eleições, após a aprovação da constituição, aconteceram em maio de 1993, nelas se elegeram simultaneamente o presidente, os parlamentares nacionais, os governadores e os conselhos departamentais (PNUD, 2002:82).

A Constituição Nacional declara o Paraguai como República unitária, indivisível e descentralizada (Paraguay, 1992). Nesse contexto, a descentralização do Estado tem limites no seu avanço devido à ausência de um marco legal e de regulamentações orientadoras definidas, resultando numa escassa autonomia e capacidade de decisão e gestão das governações e municípios. São vários os documentos (Turner, 1998:32; PNUD, 2002; OPAS OMS, 2008; Dullak et al., 2008) que apontam as principais dificuldades no âmbito da descentralização e dos governos locais. Os pontos observados foram: falta de acordo político sobre o significado e implicações da descentralização, escassa autonomia e capacidade de decisão e gestão dos municípios; e imprecisão de poderes territoriais dos governos (Diakonia, 2005:10).

Em 23 de abril de 2008, Fernando Lugo, candidato da oposição, foi eleito o novo presidente do Paraguai dando fim a quase seis décadas de domínio do Partido Colorado. O ex-bispo católico e teólogo prometeu realizar uma reforma agrária dentro dos marcos constitucionais, ampliar o sistema de seguridade social do Paraguai e lutar pela soberania energética do país.

Proposta “*Política Pública para el Desarrollo Social. Paraguay para todos y todas*”, 2010-2020

¹⁰ Fundado no princípio da soberania popular, numa sociedade que instaure um processo de efetiva incorporação de todo o povo nos mecanismos do controle das decisões, e de sua real participação nos rendimentos da produção.

Segundo a mensagem do presidente da República, Fernando Lugo Méndez as políticas públicas devem de ter, no seu centro, as pessoas (Paraguay, 2008:7). Em outras palavras, as instituições devem estar perto das pessoas, e todo o povo paraguaio deve ter acesso a alimentos, educação de qualidade e vida saudável. Estimulando, assim, processos participativos, dinâmicos, técnicos, para pensar e redefinir a política social, criar novos mecanismos e refletir sobre os objetivos, indicadores e cronogramas de ações para conseguir resultados com impacto previsível (Paraguay, 2008:7).

O documento da política pública, "*Paraguay para Todos y Todas*", propõe a promoção de políticas universais, potencializando uma presença real do Estado na gestão do desenvolvimento da sociedade, ao ter como centro as pessoas, e estabeleceu uma meta de desenvolvimento humano e, o exercício e o gozo dos direitos, para alcançar uma maior qualidade de vida para todos (Paraguay, 2008:11). Portanto, o documento reconhece o direito do cidadão de fazer valer os seus direitos reconhecidos pela Constituição Nacional e nos convênios e instrumentos internacionais. Como também, a situação de pobreza e a exclusão social em que se encontram famílias, grupos e comunidades, enfatizando ações para dar respostas concretas para estas situações (Paraguay, 2008:11).

A política pública do presente Governo defende um desenvolvimento social que responda às reivindicações históricas da sociedade, através de consensos e acordos, estabelecidos a partir de metas e objetivos específicos e bem definidos, entre o setor público, setor privado e sociedade civil (Paraguay, 2008:11). Desta maneira, instala-se, o marco de uma democracia, que convoca e facilita o diálogo com a população, para responder aos problemas e demandas sociais, legítimas da cidadania.

Neste contexto, tomando como base a política pública nacional de governo, compete ao Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social estabelecer a mudança na saúde, num processo gradual e participativo, junto com a descentralização e o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Paraguay, 2008:37). Para tanto, no que se refere às propostas de saúde apresentadas pela política (Paraguay, 2008:37), para o período, além da gratuidade dos serviços, se encontra a implementação de Equipes de Saúde da Família (ESF) nos territórios sociais, que de forma articulada com o SNS e a Rede de Emergência, será a porta de entrada para o sistema, tendo como papel principal: garantir o acesso universal, equânime e gratuito; reduzir as vulnerabilidades sociais; reduzir a exposição ao risco, promover a participação social, combater a pobreza e erradicar as mortes desnecessárias.

Abrigado numa política maior de Estado, o MSPBS institui a Política Nacional de Saúde

2008-2013 (Paraguay (b), 2008), no documento intitulado "*Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay*" (Paraguay, 2008). Esta tem como objetivo político central a transformação social, com a finalidade de que as pessoas vivam melhor (Paraguay, 2008:7), e constituiu a reforma de saúde como processo gradual, participativo, gerador de mudanças com a descentralização e o fortalecimento do SNS do Paraguai, que até o momento da formulação desta política evidenciavam a inexistência da atenção primária à saúde (Paraguay, 2007:8) de forma instituída.

Sistema de saúde

No Paraguai, a Constituição Nacional promulgada em 1992, contempla no Artigo N° 68 o direito fundamental da saúde e estabelece que o Estado deve garantir a proteção e promoção da saúde das pessoas. Os valores básicos assumidos pelo setor saúde são: a universalidade de cobertura, a integralidade de prestações, a igualdade de benefícios, a solidariedade e a responsabilidade social (Paraguay, 1992).

O Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS) é a autoridade do Poder Executivo encarregada de proteger a saúde da população (Paraguay, 1992) e pelo decreto N°. 21376/98 tem o papel primordial nos programas e atividades do setor, com a finalidade de orientar e normatizar as ações públicas e privadas que tem impacto na saúde individual e coletiva. O MSPBS também é encarregado pelo registro dos recursos humanos, dos estabelecimentos de saúde e de medicamentos. O MSPBS mantém e presta serviços (nos três níveis de atenção) em um sistema regionalizado de estabelecimentos de saúde nas 18 regiões sanitárias que correspondem à divisão geopolítica do país.

Segundo a OPAS (2008), o modelo emergente é um Sistema Nacional de Saúde que executa ações sanitárias integradas, com políticas que possibilitam a coordenação e complementaridade de programas e recursos entre os subsistemas público e privado. Para isso, como estratégia de reforma sanitária seria criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Paraguai (OPAS/OMS, 2008; Ibarra, 1997:69). Em 1996, o Congresso paraguaio aprovou a Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei N° 1032), considerada a pedra angular da reforma sanitária (OPAS/OMS, 2008:iii). Os princípios expressos na lei são igualdade de acesso, qualidade, eficiência e participação social. A estratégia para colocar em prática essas

determinações, envolve a descentralização do sistema de saúde no nível departamental e local (Angeles et al., 1999:7; OPAS/OMS, 2007:621).

Como mencionado anteriormente, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Paraguai é regido pela Lei Nº 1032/96. No artigo 4º da mesma (Paraguay, 1996), está previsto a oferta de serviços de saúde através dos subsistemas públicos, privados ou mistos, dos seguros de saúde e das universidades. A rede de serviços do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social (MSPBS), até 2007, estava composta por 984 instituições, das quais, 117 centros e 730 postos de saúde, correspondiam à rede de atenção primária. O Instituto de Previdência Social (IPS) contava com 93 serviços organizados em três níveis de atenção. O nível primário era organizado em torno aos postos de saúde, clínicas periféricas e unidades de saúde (OPAS/OMS, 2008:iii).

O sistema de saúde atualmente caracteriza-se pela segmentação com clientela diferenciada entre o sistema público, o sistema médico da previdência social (Instituto de Previdência Social, IPS) e os serviços privados. Para uma melhor compreensão da segmentação e dos subsistemas o Quadro abaixo, extraído do Perfil do Sistema de Serviços de Saúde do Paraguai elaborado pela OPAS (2008), sintetiza de forma esquemática a relação das instituições.

Quadro 3 - Subsistemas de Saúde do Paraguai

SUBSISTEMAS	ESTATAL		MISTO	PRIVADO	
Aspectos Operativos	MSPBS e Hospitais Universitários	Saúde dos Militares e dos Policiais	IPS e Cruz Vermelha	Seguros privados	Serviços Privados
População	População geral; indigentes, desempregados e familiares.	Militares e Policiais, grupos familiares com pagamento direto.	Trabalhadores dependentes e independentes, e seus grupos familiares	Trabalhadores ativos, dependentes e independentes, particulares.	Particular
Fonte de financiamento	Impostos e contribuições	Impostos e contribuições	Pagamento de contribuição previdenciária pelo trabalhador	Pagamento por trabalhadores, pagamento direto pelo usuário.	Contribuição privada paga pelo usuário
Administração do financiamento	Estado	Estado	IPS	Privado	Privado
Benefícios	Ações de promoção e de proteção da saúde da população. Ações de recuperação e reabilitação	Ações de promoção e de proteção limitada para a população militar e policial. Ações de recuperação e reabilitação	Ações de recuperação, cuidados médicos e reabilitação. Subsídios por acidentes, licenças médicas. Medicamento	Ações de recuperação e de reabilitação	Ações de recuperação e de reabilitação

FONTE: extraído de OPAS, 2008:31.

O sistema de saúde no Paraguai apresenta um alto nível de segmentação de prestadores e uma falta de articulação entre os diferentes subsistemas. Existe também, uma sobreposição de atividades e ações entre os diferentes subsistemas, entre o MSPBS e o IPS, como também,

entre o IPS e o setor privado. Segundo Documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a falta de coordenação institucional traz como conseqüência a duplicação de atividades, que ao mesmo tempo, influencia na distribuição das unidades de saúde, localizando-as nas mesmas áreas geográficas do país, enquanto que, outras localidades se encontram desprovidas de qualquer tipo de serviço de saúde. Este fato pode ser evidenciado nos dados fornecidos pela Direção Geral de Enquetes, Estatísticas e Censos no ano de 2008, presentes na Quadro a seguir, que nos proporciona informações sobre a cobertura de seguros médicos. No que se refere às funções operativas do setor saúde, para a OPAS, não há separação definida, assim sendo, o MSPBS desenvolve funções de direção, provisão e financiamento. O IPS, junto com o setor privado, desenvolve as funções de seguridade, provisão e financiamento (OPAS/OMS, 2008:15).

Tabela 3 - População por área de residência, segundo cobertura (%) do seguro médico, Paraguai, 2008

Tipo de Seguro Médico	Total País		
	TOTAL	URBANA	RURAL
TOTAL Hab.	6.163.913	3.611.049	2.552.864
IPS	15,7	20,8	8,6
Outro tipo de seguro	8,4	12,4	2,8
Não tem	75,8	66,8	88,6

FONTES: elaborado a partir de DGEEC, 2008.

O MSPBS encontra-se desconcentrado nas suas atividades técnicas e administrativas desde o nível central às regiões sanitárias (Angeles et al., 1999:viii; OPAS/OMS, 2001:ii; PNUD, 2002:378), o que segundo a OPAS/OMS (2001:ii) tenderia para uma autonomia na direção dos recursos humanos, na elaboração e controle das finanças e na implementação de estratégias adequadas à realidade de cada localidade.

Normas jurídicas referentes à atenção à saúde no Paraguai

A Constituição Nacional de 1992 afirma que a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos e estabelece o quadro jurídico para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde (SNS). A função do SNS é planejar e executar programas e serviços de saúde (Paraguay, 1992; Angeles et al., 1999:7; OPAS/OMS, 2007:621).

As principais normas jurídicas do Sistema Nacional de Saúde do Paraguai são:

- Constituição Nacional da República do Paraguai, 1992
- Lei Nº 836/60 - Lei Orgânica do MSPBS, modificada com o Decreto 4674/99
- Lei Nº 836/80 – Código Sanitário
- Lei Nº 1032/96 – criação do SNS e Superintendência de Saúde
- Lei Nº 2319/06 – estabelece as funções e competências da Superintendência de Saúde.
- Decreto Nº 19996/98 – regulamentação da descentralização sanitária local e define a equidade
- Decreto Nº 20553/98 – regulamenta a Superintendência de Saúde como o órgão técnico de controle e supervisão do SNS
- Decreto Nº 21376/98 – estabelece a nova organização funcional do MSPBS
- Decreto Nº 22385/98 – regulamenta as funções do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Regionais e Locais
- Decreto Nº 4674/99 – reestrutura o MSPBS

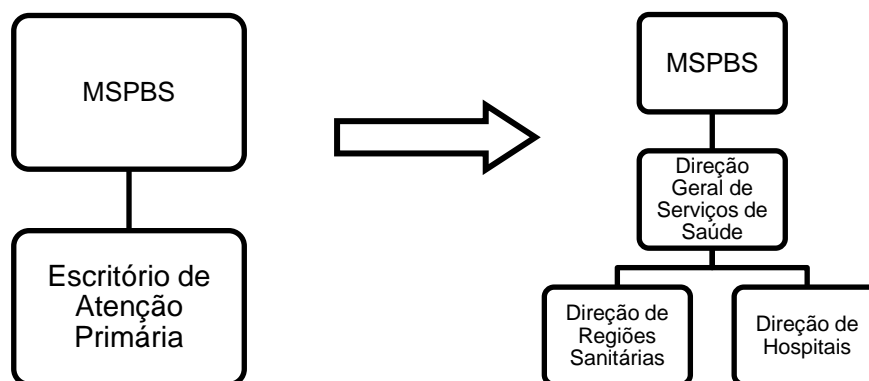
No período que transcorreu, de 1999 até os dias atuais, não consta nos bancos de dados pesquisados, novas leis que digam da organização e/ou normativas do sistema nacional de saúde. Mas, evidenciam-se, importantes avanços nas ações decorrentes após a formulação da Política Nacional de Saúde, do atual governo. Entre elas, como exemplo, podemos citar a retomada e exercício das leis acima citadas, que teve como primeira e principal medida, a gratuidade de serviços médicos básicos em todo o território do país.

Atenção primária à saúde no Paraguai

No Paraguai, até recentemente não se tinham evidências de grande impacto no que se refere às ações no âmbito da Atenção Primária. Segundo o “*Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención. República del Paraguay*” no final dos anos 80 e princípios dos 90, já se contava com um movimento de implantação da atenção primária, com o fortalecimento da gestão local, mas sem muita repercussão (Paraguay, 2007:3). O documento aponta a criação de um escritório de Atenção Primária no ano 1993, que tinha como eixo principal a Estratégia de Atenção Primária à Saúde na prestação de serviços à população (Paraguay, 2007:5). Posteriormente, criou-se dentro da Direção Geral de Serviços de Saúde do Ministério, uma Direção de Regiões Sanitárias e uma direção de Hospitais (Paraguay, 2007:9). A Direção de Regiões Sanitárias desenvolvia funções de supervisão e acompanhamento das Direções Regionais de Saúde, além de coordenar toda a

rede hospitalar das regiões. De forma ilustrativa a Figura, nos aproxima ao processo de criação das Direções acima citadas.

Figura 3 - Processo de criação de Direções relacionadas à APS dentro do MSPBS no Paraguai em 1993



FONTE: elaboração própria a partir de Paraguay, 2007.

No ano de 1995, o mecanismo denominado “*Programação Local*” foi implementado nas 18 regiões sanitárias, visando o fortalecimento dos serviços locais em todo o território nacional, além da implantação dos sistemas locais de saúde. A esse respeito, existem evidências do fortalecimento da coordenação intersetorial no nível das regiões sanitárias. Entre elas se destacam a Região de Amambay, Repatriación, Atyra, Fram, Caazapá (Paraguay, 2007:4).

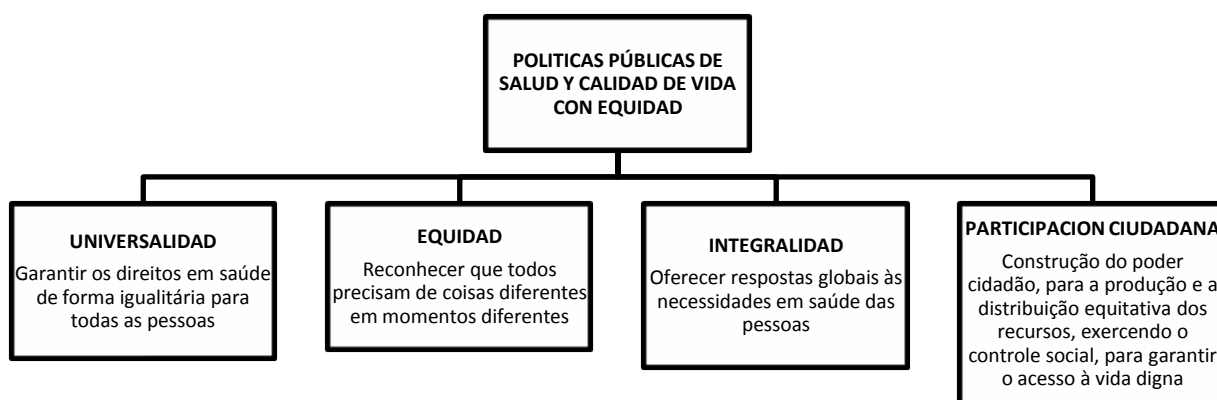
Em 1996, com a aprovação da Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei Nº 1032), definitivamente a reforma sanitária fez parte do processo de modernização do Estado após um longo período ditatorial, e o principal espaço de negociação foram e são até os dias atuais, as instâncias parlamentares. Nesse período, criou-se também, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos Departamentais e os Conselhos Distritais. Dentro do processo de reforma setorial, existiam elementos relevantes para o seu desenvolvimento, mas não se avançou da forma desejada, como por exemplo, na participação da comunidade, na qualidade da atenção à saúde, na promoção da saúde, na descentralização e na melhoria da eficiência no uso dos recursos disponíveis

Em agosto de 2008 assumiu um novo governo no país que apresentou sua proposta para a Saúde, no período 2008-2013, no documento denominado, como mencionado anteriormente: “*Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud com Equidad en el Paraguay*” (Paraguay, 2008) que têm como base a solidariedade e a inclusão, e como princípios fundamentais: Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação social.

A proposta de “Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay”

A proposta de “Política Pública para la calidad de Vida y Salud con Equidad” tem como principal alvo o direito à saúde, tendo como premissa o direito à vida, e almeja superar as iniquidades, tanto nos resultados, como no acesso aos serviços de saúde. O MSPBS estabelece que seja necessário combinar, de forma consciente e sistemática, o esforço coletivo para redistribuir recursos disponíveis na sociedade e, ao mesmo tempo, reconhecer as diferenças entre as pessoas (Paraguay, 2008:37). Esta combinação de redistribuição e reconhecimento está baseada na articulação dos quatro princípios que sustentam a política de saúde, como pode ser observado na Figura a seguir.

Figura 4 - Princípios fundamentais das “Políticas Públicas de Salud y de Calidad de Vida con Equidad



FONTE: elaboração própria, a partir de Paraguay, 2008:1.

Segundo o documento, a participação permite ao cidadão tornar-se o reitor de seu próprio bem-estar, permite ele escolher como deseja viver. Colocando assim, ao Estado como responsável pela garantia dos direitos, e executor das ações e planos que as pessoas considerem necessários para ter qualidade de vida e saúde. Este conceito geral está ligado à concepção da saúde como direito humano e que é resultado das condições em que as pessoas

vivem, trabalham e se relacionam.

Nesse sentido, é importante levar em conta o entorno físico, econômico, social, cultural, histórico e ambiental como determinantes da saúde. Assim como, a importância da participação ativa da comunidade, cujas oportunidades e condições devem ser promovidas pelo Estado. A idéia é facilitar e promover o empoderamento dos atores sociais, tendo em conta a equidade, a identificação dos problemas de saúde, a definição das prioridades, a formulação de propostas nas suas próprias comunidades, que empreendam ações individuais, familiares e comunitárias, gerando assim, um processo social que permita o acesso e a manutenção da saúde.

Objetivos da “Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad”

Com a finalidade de assumir o desafio que implica a abordagem dos direitos humanos, com uma visão ampla da saúde, que permita promover a qualidade de vida das pessoas e, assim, resolver os problemas de saúde, o MSPBS está empenhado em atingir os seguintes objetivos (Paraguay, 2008:4)

- Garantir o direito à saúde como um direito humano fundamental
- Cumprir com o marco legal vigente, que garante a saúde como um direito humano fundamental e dá ao Estado, a função de respeitar, proteger, realizar e garantir
- Quebrar o sistema perpetuador de pobreza, baseado na iniquidade do acesso aos cuidados médicos e aos gastos direto de bolso obrigatórios (co-pagamento)
- Superar toda política o programa de focalização excludente
- Implantar a APS como o eixo de um sistema único de saúde, universal e gratuito
- Promover a participação dos cidadãos a partir dos territórios sociais, conformados em torno das USF

A “Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud”

O MSPBS adotou como modalidade de atenção a "*Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud*" (Paraguay, 2008:4), para avançar na garantia do direito à saúde. Desta maneira, a partir da perspectiva acima mencionada, foi necessário reorganizar o modo de trabalho no setor da saúde na República do Paraguai. Em outras palavras, isso significa um arranjo de todos os processos, tanto setoriais e intersetoriais, tanto institucionais como sociais ou comunitários, tanto curativos como preventivos, educativos, de proteção ou de reabilitação, tanto individuais como coletivos, para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e favorecendo o exercício da sua autonomia para realizar seus projetos de vida (Paraguay,

2008:10, De Negri, 2004:25).

Segundo De Negri (2004), é importante levar em consideração que, para tornar possível e responder às necessidades sociais através de um modo de promoção da qualidade de vida e saúde, é necessário um modo de gestão adequado. Esse desafio requer compreender as esferas da qualidade de vida, nas quais se expressam as necessidades sociais decorrentes dos direitos humanos (De Negri, 2004:25). Na esfera individual, o princípio reitor é a autonomia, que vai da capacidade de se valer por si próprio ou autonomia funcional, até a possibilidade de alcançar suficiência econômica ou exercer uma opção política emancipatória. Na esfera coletiva, o princípio central é a equidade, base da redistribuição, na esfera institucional, os elementos são a integralidade, a transestorialidade e a democracia para buscar a maior eficiência social possível, na esfera subjetiva são possíveis a criação de novos imaginários sociais e, na esfera ambiental, a sustentabilidade é construída (De Negri, 2004:25).

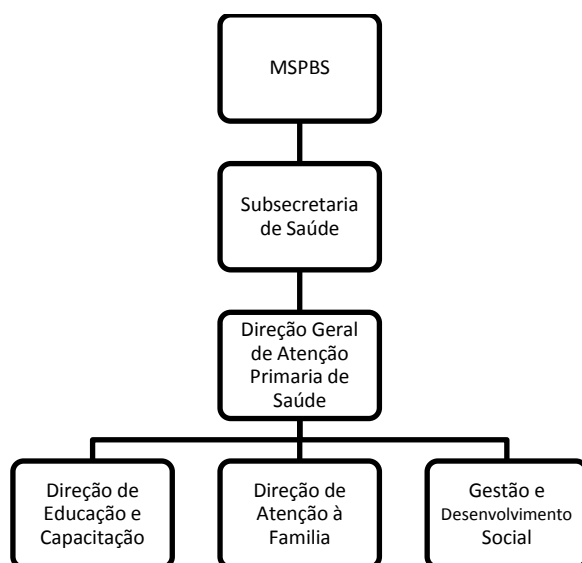
Um modo promocional da qualidade de vida e saúde é orientado pela autonomia e perspectiva universal. Ele é também, baseado na equidade e integração dos processos de educação em saúde, proteção da vida, prevenção de doenças, cuidados curativos, acompanhamento e reabilitação. Segundo o autor (De Negri, 2004:45), este modo promocional potencializa a APS, para garantir o direito à saúde.

A "*Estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud* " envolve diretamente comunidades, lideranças e sociedade em geral, para que nas suas ações se apropriem de um olhar mais profundo da realidade, buscando identificar as origens dos problemas e a partir disso, definam um sentido na busca de alternativas para a melhoria (Paraguay, 2008:2).

Direção Geral de Atenção Primária à Saúde

Para implantar esta política, em setembro de 2008, foi criada a Direção Geral de Atenção Primária à Saúde (DGATP), composta pela Direção de Educação e Capacitação, Direção de Atenção à Família e Direção de Gestão e Desenvolvimento Social (Paraguay, 2008), como ilustrado na Figura a seguir.

Figura 5 - Composição da Direção Geral de Atenção Primária à Saúde no Paraguai em 2008



FONTE: elaboração própria, a partir de Paraguay, 2008.

Esta entidade é encarregada principalmente de definir os territórios sociais (nacional, regional e local) e programar a Atenção Primária à Saúde de forma transversal. Esta nova dependência ministerial tem como dever a instalação das redes de Unidades de Saúde da Família (USF), e Equipes de Saúde da Família (ESF), em todo território nacional (Paraguay (a), 2008). As ESF devem contar com profissionais multidisciplinares: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, e 5 agentes comunitários, como também, um dentista e um auxiliar de odontologia para cada duas equipes da USF. Estes profissionais terão como tarefa (Paraguay (a), 2008):

- Assistência
- Promoção da saúde
- Prevenção de doenças
- Reabilitação
- Docência e investigação

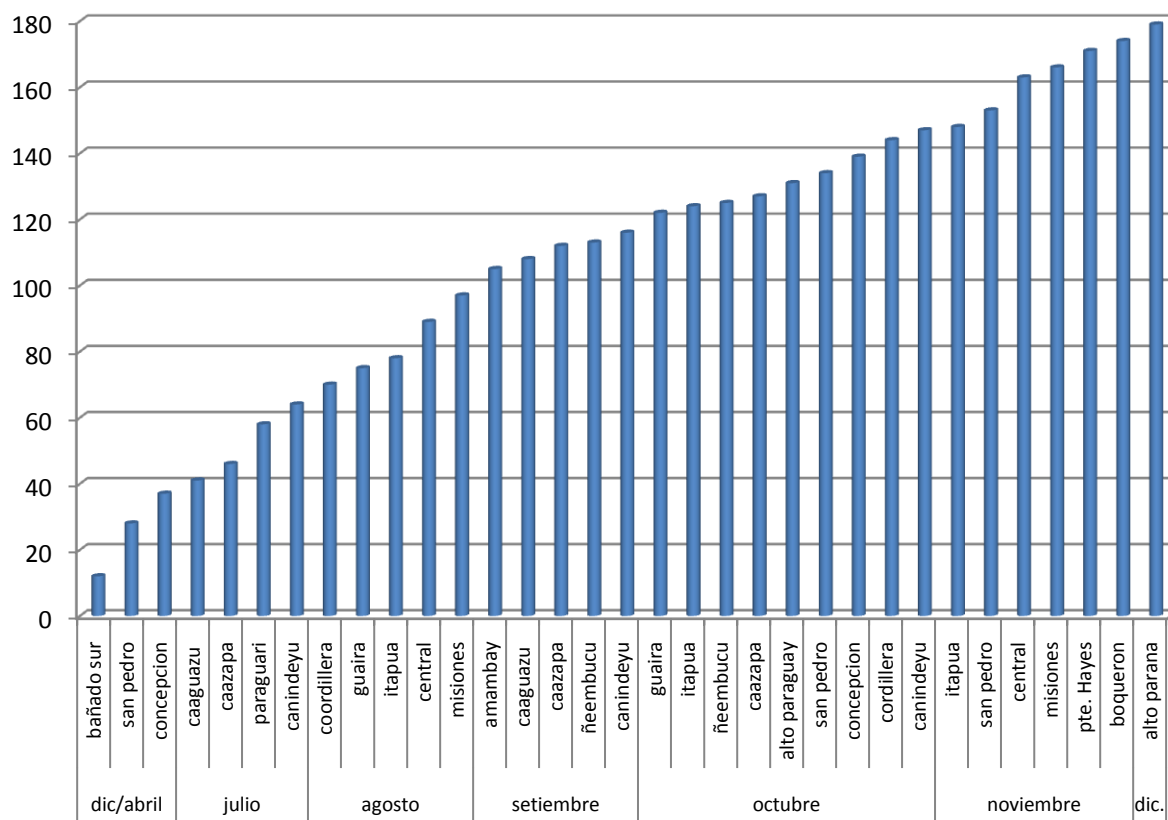
Segundo o documento da Política, as Unidades de Saúde da Família deverão contar com insumos, equipamentos e infra-estrutura necessários para atender às necessidades da população e alcançar uma alta capacidade resolutiva. Para garantir o acesso, se prevê a gratuidade em todos os serviços de atenção e que a população não esteja a mais de 30 minutos de deslocamento de carro das unidades.

A cada USF corresponde uma área de responsabilidade territorial e social estimada em 3200 habitantes. Para isso, Segundo o documento da política do atual governo, seria necessário um

total de 1875 equipes para cobrir todo o país. Para tanto, foi previsto no período de 2008-2013, a implantação de USF de maneira progressiva. Assim sendo: 100 equipes em 2008, 300 mais em 2009, 400 mais em 2010, 400 mais em 2011, 400 mais em 2012, 285 mais em 2013, programando-se desta maneira, completar as 1875 equipes de saúde da família.

Atualmente, estão implantadas 779 Unidades de Saúde da Família em todo o território nacional. Em nota de imprensa, a Ministra da Saúde do Paraguai, ressaltou que para o ano de 2011 está previsto mais 200 Unidades, esperando chegar ao ano de 2013 com 90% da população.

Gráfico 3 - Processo de instalação de USF no Paraguai, período dezembro 2008 a dezembro 2009

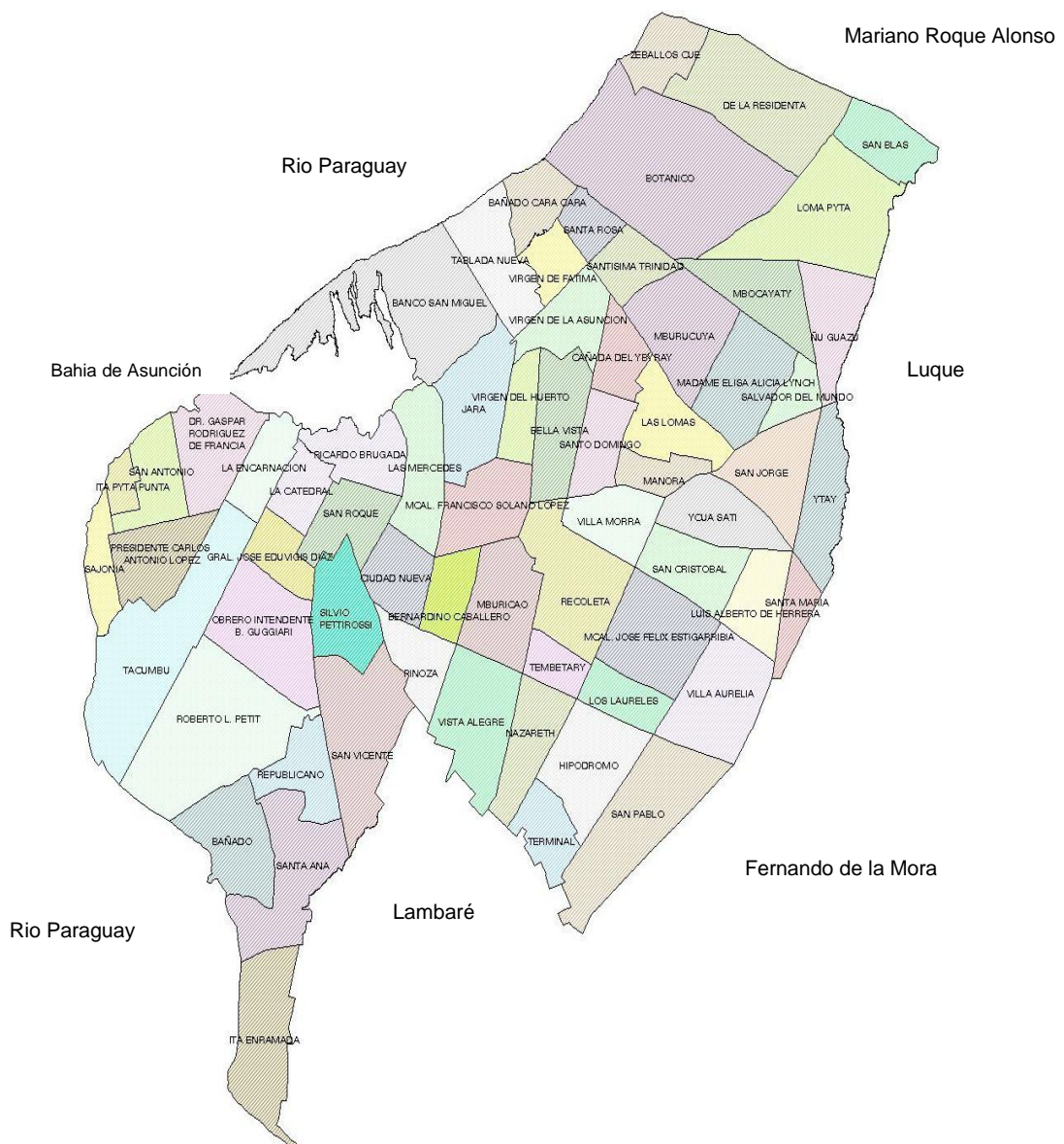


FONTE: MSPBS, 2010.

XVIII Região Sanitária, Assunção

A cidade de Assunção se encontra localizada na margem esquerda do rio Paraguai, que a separa ao noroeste da região Ocidental do Paraguai e, ao sul da Argentina, em frente à confluência dos rios Pilcomayo e Paraguai. Assunção é cercada pelo Departamento Central, com os quais faz fronteira ao norte, leste e sul (DGEEC, 2004:21). A cidade conta com uma área total de 117 km² (DGEEC, 2004:21), correspondendo a 0,03% do território nacional (DGEEC (a), 2007:13). Esta dividida em 68 bairros, como pode ser visualizada na Figura, que ilustra o mapa da cidade.

Figura 6 - Mapa da cidade de Assunção com a divisão por bairros



FONTE: Extraído de Municipalidad de Asunción. Dirección de Planificación. Dep. de índices y estadísticas (2009).

Assunção tem uma população é de 518.945 habitantes (DGEEC, 2008) e uma densidade demográfica média de 4.377 pessoas por km² (DGEEC, 2004:21). Entre os anos de 1962 e 2002, a cidade registrou um grande aumento de população, alcançando mais do dobro no período, sendo atualmente a única cidade do país que conta com mais de meio milhão de pessoas, lar de aproximadamente 10% da população nacional. Na cidade, a proporção da população feminina é maior do que para o país como um todo, fato considerado, pela DGEEC, como típico em áreas urbanas, devido a que grandes centros constituem pólos de melhores oportunidades de emprego, como se encontra ilustrado na Tabela, que traz os dados da população total do ano 2008. A estrutura da população por idade revela que mais da metade da população da capital, é constituída por crianças e jovens com menos de 30 anos (DGEEC, 2004:21).

Tabela 4 - População Total de Homens e Mulheres no país e em Assunção do Paraguai no ano de 2008

Características da População	TOTAL PAÍS			ASSUNÇÃO		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
População Total	6.163.913 (100%)	3069.097 (49,80%)	3.094.816 (50,20%)	518.945 (8,42% da população total do país)	250.414 (48,25%)	268.531 (51,75%)

FONTE: elaborado a partir de DGEEC, 2008.

A distribuição da População Economicamente Ativa (PEA) por setores econômicos mostra que população residente em Assunção é principalmente envolvida no sector terciário (82%) (comércio e serviços), em estabelecimentos pequenos, empregando 8 de 10 indivíduos. O setor secundário (indústria e construção) concentra 16% da população economicamente ativa, enquanto que a participação na agricultura (primária) é praticamente zero, uma vez que Assunção é uma área estritamente urbana (DGEEC, 2004:22). A Tabela evidencia esta distribuição com os dados divulgados pelo DGEEC no ano de 2008.

Tabela 5 - Distribuição da População Economicamente Ativa (PEA) segundo área de residência no Paraguai no ano de 2008

Características da População	TOTAL PAÍS			ASSUNÇÃO		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Ocupados por setores econômicos	2.810.506	1.726.363	1.084.143	251.376	138.732	112.644
Primário (%)	26,5	31,1	19,2	1,6	2,1	0,9
Secundário (%)	18,5	24,2	9,5	15,8	20,7	9,8
Terciário (%)	54,9	44,6	71,3	82,6	77,2	89,4

FONTE: elaborado a partir de DGEEC, 2008.

O comércio é um setor da economia que se tem desenvolvido consideravelmente nos últimos anos, movendo-se pelos bairros, expandindo-se com centros comerciais (shopping) e supermercados (DGEEC, 2004:22).

A cidade, desde a sua fundação, continua sendo o centro da atividade nacional, ainda que com algumas variações no decorrer do tempo. Assunção, como capital da República, é o local de onde partem as principais decisões e projetos do poder público, e onde se concentram as entidades econômicas, bancárias, diplomáticas, sociais e culturais, industriais e sindicais (DGEEC, 2004:22).

No que diz respeito à habitação, na cidade se registram aproximadamente 115.000 domicílios particulares ocupados, com uma média de 4 moradores em cada domicílio. Em relação a outras cidades, Assunção tem a maior cobertura de serviços básicos em casa, quase todos têm eletricidade (99,2%) e água encanada (95,2%). Estes serviços, quanto outros tem registrado um aumento significativo, dados que podem ser observados na Tabela a seguir.

Tabela 6 - Tipos de Serviços segundo cobertura (%) e área de residência no Paraguai em 2008

Cobertura e tipo de serviço	TOTAL PAÍS			ASSUNÇÃO
	Total	Urbana	Rural	Total
Luz Elétrica	96,7	99,0	93,3	99,4
Água encanada	22,9	36,8	2,4	95,2
Banheiro com fossa séptica e/ou rede de esgoto*	63,0	-	-	94,7
Coleta de lixo	36,7	58,6	4,6	80,6

FONTE: elaborado a partir de DGEEC, 2008.

* DGEEC, 2004:19.

O que se refere ao setor saúde, como foi visto anteriormente, o país se encontra num processo de reforma sanitária, que institui a APS como orientadora do sistema, como visto anteriormente.

O Bañado Sur, Assunção

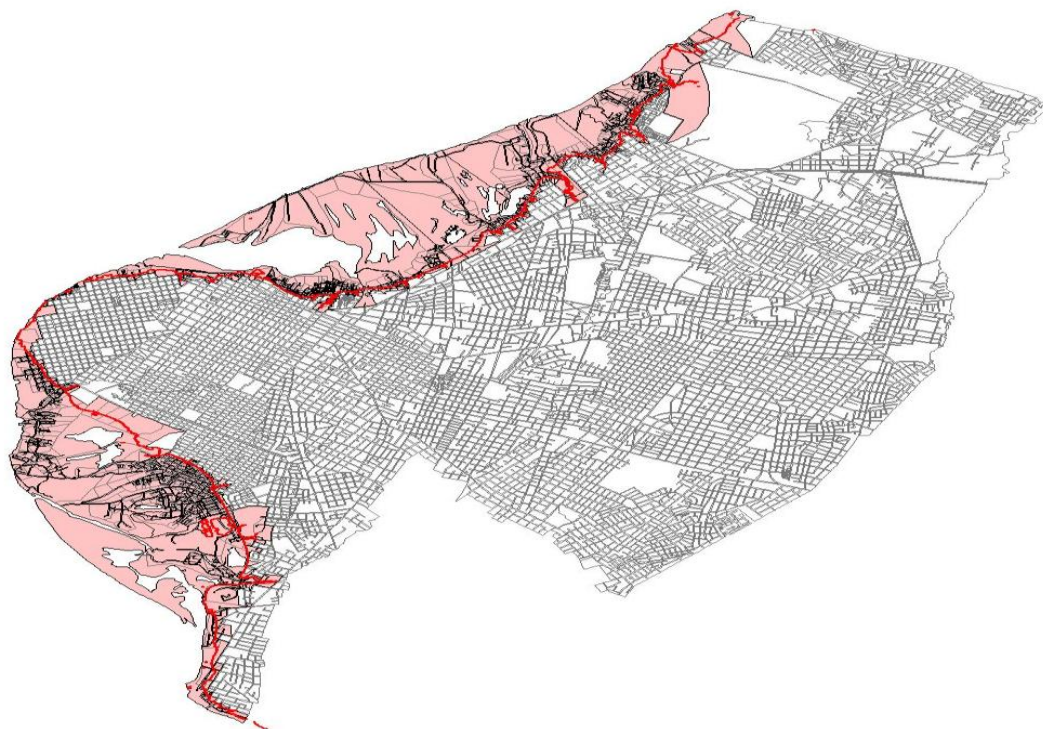
O Rio Paraguai, como foi dito anteriormente, tem sua nascente em Mato Grosso do Sul, Brasil; e percorre o Paraguai até sua confluência com o Rio Paraná, dividindo assim ao país em duas regiões com características bem diferentes, a Região Oriental e Ocidental. Segundo

Perrota & Navarro (2003), as praias do rio Paraguai são terrenos públicos e terra livre de impostos devido à impossibilidade de habitação, pois é uma área submetida a contínuos alagamentos. Assim, as pessoas montam suas casas, plantam vegetais, criam animais, se dedicam a pescaria, mas sem uma real presença do Estado, no que se refere ao desenvolvimento dessas comunidades.

As praias, “*bañados*” o “*el bajo*” de Assunção foram povoando-se paulatinamente em diferentes períodos da história, notando-se uma relação direta com os marcos socioeconômicos do país. Segundo Perrota & Navarro (2003), a ocupação da ribeira do rio Paraguai, tem seu antecedente na época colonial, onde as populações indígena, mestiça e negra montavam seus assentamentos. Após a Guerra do Chaco, segundo as autoras, se registrou um grande contingente de soldados campesinos instalando-se nas zonas ribeirinhas da cidade de Assunção. A partir dos anos 50, com o aumento da migração à capital, devido ao crescimento e movimentação econômica, a maioria da população expulsa do campo e da cidade se assentou nos *bañados* de Assunção (Perrota & Navarro, 2003:5).

Na atualidade, se distingue três áreas na franja ribeirinha de Assunção: o Bañado Sur, a Chacarita e o Bañado Norte, ocupando uma área de 18,5 Km (Perrota & Navarro, 2003:5), como se pode visualizar na figura a seguir. É importante destacar que parte da população não se encontra em propriamente “*bañados*” ou “*bajos*”, pois estão na zona alta. De igual maneira elas afirmam que 10% da população de Assunção, residem em áreas inundáveis (Perrota & Navarro, 2003:6). A ocupação mais antiga é a do Bañado Norte, as outras duas áreas já foram ocupações posteriores. Todas as áreas são ocupadas por população de baixa renda e em situação de pobreza.

Figura 7 - Mapa da “*Franja costera*” de Assunção



FONTE: Extraído de MSPBS, 2010.

A região dos Bañados é dividida em bairros e divisões territoriais não reconhecidas pelo Estado. Estas divisões são produto, segundo Perrota & Navarro (2003:15), da influência de sacerdotes católicos, que tem desenvolvido ao longo da história, um trabalho pastoral. Desta maneira, a conformação do agrupamento e organização da comunidade, fazia-se em torno de um Santo que representava a sua identidade. Instituído-se desta maneira, a Capela com o nome do Santo que os moradores veneravam e comemoravam. Para logo, constituir-se num bairro com nome de Santo, onde a Igreja representa a única Instituição que realmente o reconhece e se encontra lá de forma permanente.

Na década de 90, a Prefeitura da cidade providenciou “*licenças de ocupação*” para os moradores dos bañados. Estas licenças não consideradas títulos de propriedade, são uma forma de “*estabelecer uma ordem social, de forma que a ocupação de loteamentos não seja caótica*”¹¹ (Perrota & Navarro, 2003:7). Mas, reserva-se o direito de remanejar, realocar, retirar as famílias da área.

Nas épocas de enchente do Rio, gera-se grande movimento na região, já que devem ser

¹¹ Tradução livre da autora.

deslocados a áreas mais altas, em acampamentos improvisados que aumentam a vulnerabilidade desta população. Os moradores mais recentes são os primeiros afetados, pois tendem a ocupar as áreas próximas do rio, já que não há mais terra para ocupar ou lotes para dividir, e os moradores antigos, além de ocupar zonas mais altas, têm casas mais sólidas (Perrota & Navarro, 2003:8).

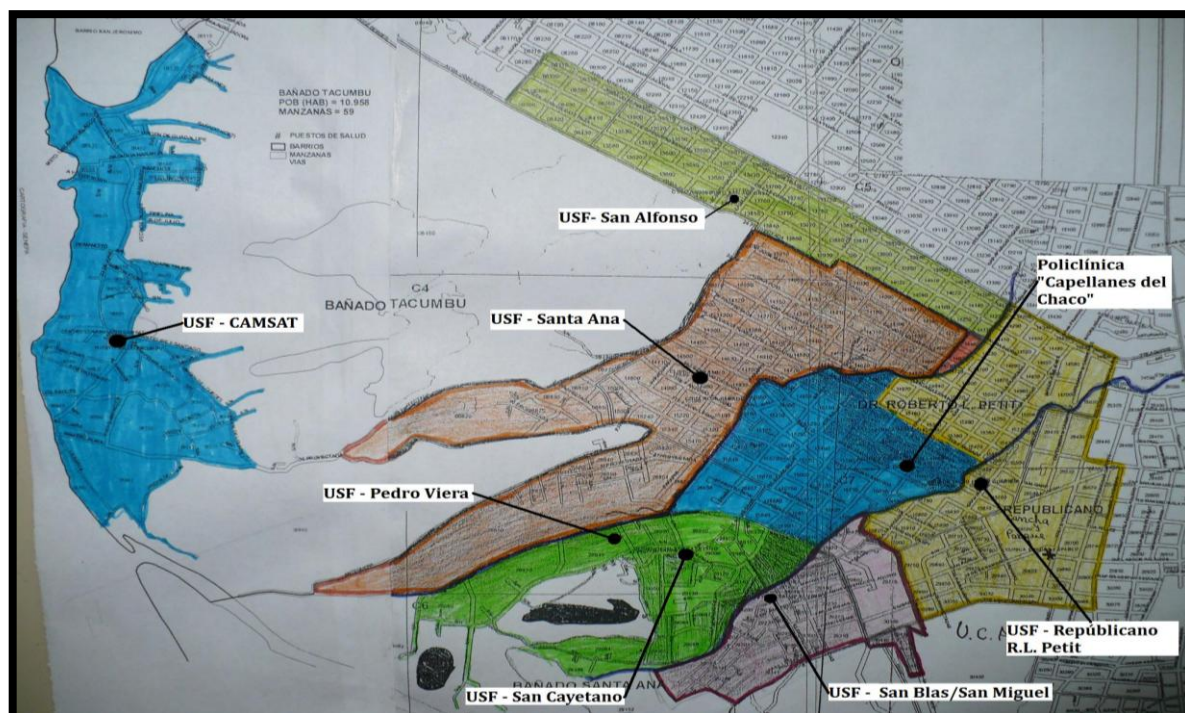
O Bañado Sur, onde a pesquisa teve lugar, comporta também o lixão municipal, que além de estar anexado aos bairros e compartilhar o mesmo território geográfico, é a forma de subsistência dos moradores, que trabalham como recicladores e recolhendo materiais para as mais diversas finalidades. A região também é banhada pelo Riacho Ferreira, que desce da cidade arrastando esgoto e lixo; e nos dias de chuva as moradias que ficam ao seu passo são inundadas.

A grande área do Bañado Sur é caracterizada por ser pantanosa, com muita umidade. Em alguns lugares, pode-se ainda constatar a presença de lagoas e plantas aquáticas. Este fato leva as pessoas a encherem os terrenos com lixo e pedregulho, como recheio, para poder assentar e construir suas moradias, de forma permanente.

Na região do Bañado Sur, foi constatado que houve diversas iniciativas no que se refere à instalação de serviços de atenção à saúde, juntamente com as organizações eclesiais. No ano de 1997, o *“Programa de Salud de la Capellania”* e o projeto *“Generación de Alternativas de Ingresos para las Familias de la Red Preventiva Infantil”*, e em 2001, o *“Proyecto Integral de Salud Comunitaria”*. Estes projetos revelaram os primeiros indicadores sócio-demográficos da região.

No ano de 2008, quando assume o novo governo, o Bañado Sur foi a primeira região onde se instalaram as Unidades de Saúde da Família, que, juntamente com suas Equipes multidisciplinares: 1 médico, 1 enfermeiro obstetra, 1 auxiliar de enfermagem e/ou obstetrícia, 5 agentes comunitários aproveitaram as instalações físicas já existentes. Cabe ressaltar que, esta equipe, totalmente nova e selecionada em concurso público, teria (e tem) que trabalhar junto com os funcionários que já vinham atuando nesse dispensário, posto de saúde e/ou clínica.

Figura 8 - Mapa de localização das USF, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Extraído de MSPBS, 2010.

No processo do Inquérito, foram visitadas todas as USF da Região e aplicadas os questionários em todas as Equipes de Saúde da Família. Desta forma, pode-se destacar 12 ESF correspondentes a 7 USF, que tem uma população coberta de 41.273 habitantes, representando 9% da população da cidade Assunção, XVIII Região Sanitária. A composição das Equipes pode-se visualizar na Tabela, a seguir.

Tabela 7 - Composição das equipes de saúde da família implantadas no Bañado Sur, XVIII Região Sanitária, Paraguai, 2009

Nº	Equipe de Saúde da Família	Médico Geral ou de Família	Enfermeiro e/ou obstetra	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de obstetrícia	ACS
1	San Cayetano	1	1	1	-	5
2	San Ignacio	1	1	1	-	4
3	Virgen de Lujan	1	1	1	-	5
4	San Blas	1	1	1	-	6
5	San Felipe	1	1	1	-	5
6	San Miguel (Tacumbú)	1	1	-	1	5
7	San Alfonso	1	1	1	-	5
8	Repúblicano	1	1	1	-	5
9	RL Petit	1	1	1	-	5
10	Santa Ana	1	1	1	-	5
11	Divino Niño	1	1	1	-	5

12	Santa Rosa	1	1	1	-	4
	TOTAL	12	12	11	1	59

FONTE: elaboração própria, a partir de Velásquez, 2009.

METODOLOGIA

O desenvolvimento do tema proposto foi realizado a partir de um estudo exploratório, a partir de questionário aplicado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).. Teve como fontes de informação e técnicas de pesquisa complementares: análise documental, revisão da literatura, entrevistas semi-estruturadas com gestores do programa e responsáveis pelas USF e observação do processo de trabalho dos ACS. As informações relativas ao ACS, sobre o seu perfil laboral foram coletadas no período de julho a agosto de 2010, nas Unidades de Saúde da Família (USF) implantadas no Bañado Sur, Assunção, correspondente à XVIII Região Sanitária do Paraguai.

Sujeitos do estudo

O universo pesquisado correspondeu à totalidade dos ACS das USF localizadas no Bañado Sur, na XVIII Região Sanitária do Paraguai, que corresponde à cidade capital, Assunção. Os ACS foram convidados para participar no inquérito, desde que formassem parte de uma equipe completa, que conforme estabelecido pela política nacional, devem de contar com: 1 médico, 1 enfermeiro e/ou obstetra, 1 auxiliar de enfermagem, e 5 agentes comunitários; e que atuassem na profissão há pelo menos seis meses nas USF. Vale ressaltar que o questionário aplicado ao universo dos ACS, buscou atender tanto ao objetivo geral, quanto aos objetivos específicos desta pesquisa.

Inquérito com ACS

Foi realizado o inquérito com ACS das equipes de Saúde da Família implementadas no Bañado Sur, na cidade de Assunção, XVIII Região Sanitária do Paraguai, através da aplicação de um breve questionário de perguntas fechadas e algumas abertas. Estas últimas foram gravadas em áudio, desde que houvesse a devida autorização e assinatura do Termo de

Consentimento, para posterior transcrição.

O Inquérito com ACS foi realizado no período dos meses de julho e agosto de 2010. Foram realizadas 58 entrevistas das 59 previstas, devido a que uma das Agentes encontrava-se dando suporte a auxiliar de enfermagem, fato que a impediu participar da pesquisa.

O tempo total estipulado para realização das entrevistas era de 30 a 40 min. Todavia, nas primeiras entrevistas realizadas, esse tempo foi em muito superado, devido a que as ACS terminavam emocionadas, desabafando e chorando, tanto que a parte para ser gravada em áudio algumas vezes, foi interrompida e uma das vezes não foi realizada. Nos primeiros dias, somente foi possível sair da USF com dois questionários feitos. Dadas estas dificuldades, que inviabilizariam a pesquisa, a estratégia de aplicação da parte quantitativa do inquérito foi modificada, aplicando-se o questionário de maneira coletiva nos equipes por USF, e a parte qualitativa, de forma individual e em privacidade. Nas Unidades que contavam com uma única equipe, conseguia-se terminar o inquérito num só dia, mas nas outras, foi necessário ir de duas a quatro vezes variando conforme a quantidade de equipes.

Os horários de realização do inquérito foram marcados com antecedência com os responsáveis das USF, que comunicavam aos ACS, que no horário confirmado não realizavam suas visitas domiciliares, aguardando a pesquisadora no local combinado. Estes horários foram:

- 7:30 às 10:00 → antes das ACS irem ao território
- 11:00 às 13:00 → depois delas virem do território e na hora do almoço
- 14:00 às 15:00 → depois do almoço e final da jornada

Figura 9 - Aplicação do questionário do Inquérito com Agentes Comunitários de Saúde, 2010



FONTE: Violeta Heisecke, 2010. USF San Cayetano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai.

O lugar de realização das entrevistas variou de USF para USF, sendo realizada na cozinha, em abaixo de uma árvore do pátio da USF, no consultório, no refeitório, no corredor da USF, na sala do programa de tuberculose, na sala das ACS.

Figura 10 - Realização da entrevista com Agente Comunitário de Saúde, 2010



FONTE: Violeta Heisecke, 2010. USF San Blas, Bañado Sur, Assunção, Paraguai.

O questionário aplicado foi adaptado do estudo anterior sobre a implementação da Saúde da Família em grandes centros urbanos no Brasil (Giovanella et al, 2009), e contou com as seguintes categorias temáticas apresentadas no Quadro a seguir.

Quadro 4 - Categorias temáticas do Inquérito com Agentes Comunitários de Saúde, 2011

CATEGORIAS	VARIÁVEIS
Dados pessoais	A1 Sexo
	A2 Idade
	A3 Escolaridade
	A4 Estuda atualmente
	A5 Local de nascimento
	A6 Local de residência
	A6a Trabalha no mesmo micro território onde reside
	A7 Tempo de residência no bairro
	A8 Realização de atividade comunitária anterior ao trabalho de ACS
	A10 Atividade imediata anterior
	A11ESP Quando entrou a trabalhar como ACS
Inserção trabalhista	A11 Tempo como ACS
	B1 Motivos para trabalhar como ACS
	B2 Instituição que o contrata como ACS
	B3 Recebimento de salário ou algum tipo de remuneração
	B4 Tipo de vínculo trabalhista
	B5 Valor da remuneração como ACS
	B6 Carga horária como ACS
B7 Outro vínculo trabalhista	
Capacitação	C1 Realização de curso de capacitação para ACS antes de começar a trabalhar na USF
	C2 Qual curso
	C3 Organizador do curso
	C4 Duração do curso em semanas
	C5 Percepção do curso: carga horária, conteúdo, preparação dos professores, linguagem
	C6 Realização de algum outro curso com enfoque em Atenção Primária
	C7 Qual curso de capacitação em Atenção Primária realizou
	C8 Realização de treinamento para iniciar as atividades como ACS
	C9 Duração do tempo de treinamento
	C10 Temas e conteúdos das capacitações recebidas até o momento em cursos e/ou capacitações permanentes
Organização do trabalho na USF e no território social	D1 Tempo de trabalho disponibilizado na USF e no território social
	D2 Distribuição do tempo, em períodos por semana, para realização de atividades na USF
Atividades desenvolvidas	E1 Número de famílias sob sua responsabilidade
	E2 Número de pessoas sob sua responsabilidade
	E3 Acompanhamento das famílias sob sua responsabilidade
	E4 Periodicidade das famílias sob sua responsabilidade
	E5 Atividades comunitárias
	E6 Atividades de Educação em saúde
	E7 Atividades nas residências
	E8 Atividades de acompanhamento
	E9 Atividades de acompanhamento de crianças
	E10 Controle de doenças
	E11 Atividades gerenciais
Ações comunitárias	F1 Participação em atividades que procurem a resolução de problemas comunitários
	F2 Problemas comunitários que procurou resolver
	F3 Executa ações comunitárias junto a entidades
	F4 Com quais entidades realiza ações comunitárias
	F5 Sabe da existência de um Conselho Regional de Saúde
	F6 Participação no Conselho Regional de Saúde
	F7 Finalidade da sua participação no Conselho Regional de Saúde
	F8 Como foi a sua participação no Conselho Regional de Saúde
	F9 Leu a "política pública para la calidad de vida y salud con equidad en el Paraguay"
	F10 Tema mais interessante ou que chamou mais a atenção no documento
Supervisão do ACS	G1 Quem realiza a supervisão do ACS
	G2 Periodicidade da supervisão
	G3 Percepção da supervisão
Trabalho em equipe na USF	H1 Percepção do trabalho em equipe na USF
Percepção do ACS sobre seu	I1 Descrição do dia de trabalho do ACS

trabalho (perguntas abertas gravadas)	I2 Relato de ação comunitária destaque I3 O que mais gosta de trabalhar como ACS I4 Dificuldades no trabalho I5 Identificação de mudanças no território social I6 Outros comentários
---------------------------------------	--

FONTE: Elaboração própria.

Técnicas e instrumentos de pesquisa complementares

As técnicas de pesquisa para a elaboração da dissertação foram: revisão bibliográfica, entrevista com informante-chave, e observação do processo de trabalho do ACS registrado em diário de campo.

Revisão da literatura

Anteriormente à realização do trabalho de campo, efetuou-se um levantamento bibliográfico e documental nas principais redes de informação científica, tais como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme) e PubMed / Medline. Nesse processo, se constatou que não há um descritor para Agente Comunitário de Saúde, portanto utilizou-se como estratégia de busca a procura de bibliografia contendo no título as seguintes palavras:

- Agente Comunitário de Saúde
- *Agente Comunitario de Salud*
- *Community Health Agent*

Sendo que, este último, posteriormente, foi substituído por:

- Community Health Worker

Realizou-se, também, pesquisa nos principais sites institucionais do Paraguai e do Brasil, na procura de informações e publicações sobre seus respectivos sistemas de saúde e processos de implantação da Atenção Primária à Saúde.

Entrevista com informantes-chave

A pesquisa contou também, com a participação de gestores do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS); e responsáveis por USF da Região. Estes foram convidados

como informantes-chaves, e são discriminados a seguir,

- Um gestor de saúde central da Direção Geral de Atenção Primária à Saúde do MSPBS
- Um gestor de Atenção Primária à Saúde regional
- Um responsável de uma das USF, que foi selecionado intencionalmente, como sendo a que mais se aproxima aos resultados esperados pelos gestores (experiência positiva)

Os informantes-chaves foram entrevistados no período dos meses de julho e agosto de 2010, em local previamente combinado, solicitado a através de carta de apresentação formal da pesquisadora, entregue à Direção Geral de Atenção Primária à Saúde do MSPBS, e que se encontra em anexo. Foram realizadas 3 entrevistas das 6 previamente estabelecidas. Um dos Gestores do Ministério e uma das responsáveis das USF não tiveram espaço na agenda para realizar a entrevista, e outra entrava de férias.

Os informantes-chaves foram entrevistados, através de roteiros semi-estruturados gravados em áudio para transcrição. Como os entrevistados pertencem a diferentes hierarquias da estrutura do MSPBS do Paraguai, os roteiros foram diferenciados. Os roteiros de entrevista incluíram perguntas sobre,

- **Gestor da Direção Geral de Atenção Básica do MSPBS do Paraguai** → política de atenção Primária no Paraguai, processo de implantação das USF e lugar que ocupa e papel que desenvolve o ACS nesse processo (Roteiro em anexo)
- **Gestor da Coordenação Local de Atenção Primária à Saúde da XVIII Região Sanitária** → papel exercido pelos ACS nas equipes de saúde da família implantadas (Roteiro em anexo)
- **Responsável de USF da XVIII Região Sanitária** → com o objetivo de compreender a dinâmica de trabalho das unidades, como também as atividades do ACS (Roteiro em anexo)

A participação de informantes-chaves, através de entrevistas, é de fundamental importância, para a coleta de informações que contextualizarão a análise dos dados fornecidos pelos ACS.

Observação do processo de trabalho dos ACS

Foi realizada a observação do processo de trabalho dos ACS das USF do Bañado Sur da XVIII Região Sanitária, com o intuito de uma maior aproximação à realidade vivida no dia-a-dia por estes trabalhadores. Estas observações foram registradas em diário de campo com finalidade de complementar os dados referentes à atuação do ACS na comunidade. Estas observações foram feitas paralelamente à realização do Inquérito dentro das USF.

Trabalho de campo

Para a realização da coleta de dados, foi solicitada a devida autorização e entregue a proposta de entrada ao campo à Encarregada Geral da XVIII Região Sanitária, Assunção. Como também, via mesa de entrada, foi entregue uma carta de apresentação da pesquisadora e uma cópia do projeto à Diretora Geral de Atenção Primária à Saúde e ao Coordenador da Direção de Atenção à Família, para anuência do MSPBS do Paraguai.

A ida a campo foi facilitado pela Coordenadora da Direção de Participação Social. Nesse processo, devido a que a Região onde se encontram as USF só tem “*orientações*” para chegar, a pesquisadora terminou chegando numa outra USF, que não era a combinada, entrando, assim, a campo sem nenhum protocolo.

Devido a tal experiência, e às inúmeras advertências sobre a violência que cerca o local, a pesquisadora mudou de estratégia, solicitando maior apoio aos Gestores do MSPBS. Ato que levou a uma apresentação formal no Curso de Capacitação de Participação Social para as Equipes de Saúde da Família do Bañado Sur, que vinha acontecendo todas as quartas feiras do mês de julho. Nessa ocasião foi feita uma breve apresentação do projeto de pesquisa e sintetizadas as questões a serem tratadas no inquérito. No final do curso, os ACS cumprimentaram a pesquisadora, realizaram perguntas e ficaram expectantes da sua participação na pesquisa.

Num dia posterior, foi realizado um percorrido por todas as USF. Aproveitou-se para conversar com os responsáveis e localizaram-se assim as Unidades para depois voltar para as entrevistas. Nessa ocasião, foram feitos os agendamentos para a pesquisa e o levantamento dos contatos dos referentes na Unidade. Esta visita, junto com um funcionário do MSPBS, mostrou-se estratégica para poder chegar não só as Unidades, mas nas comunidades, pois como foi relatada anteriormente, a região se caracteriza pela violência.

A realização das entrevistas, tanto com os ACS como com os informantes-chaves, foram agendadas previamente, em pessoa, e aconteceram no local de trabalho. Para entrevistar os ACS, o agendamento prévio aconteceu com o Responsável pela Unidade de Saúde da Família na qual eles trabalham. Todas as entrevistas aconteceram mediante autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Apesar de inicialmente terem sido planejadas 65 entrevistas (59 ACS e 6 informantes-chaves), foram realizadas apenas 61 (58 ACS e 3 informantes-chaves). Não foi possível a realização da entrevista com uma das ACS, que se encontrava dando suporte à Auxiliar de enfermagem na realização da pré-consulta e realizando o curso de formação técnica em epidemiologia oferecido pela Direção Geral de Atenção Primária à Saúde do MSPBS. Um dos informantes-chaves encontrava-se viajando e posteriormente entrou de férias. Os outros dois informantes-chaves não conseguiram espaço na agenda, dentro do período de realização das entrevistas.

Por meio da observação do processo de trabalho dos ACS estudados, constatação das práticas descritas e visualização de aspectos que não afloraram no momento das entrevistas, o estudo foi enriquecido. Foram realizadas observações nas 13 Unidades de saúde da família do Bañado Sur da XVIII Região Sanitária e em atividades extra-muro, a citar:

- Capacitação permanente para as Equipes de Saúde da Família do Bañado Sur, com o tema participação social, realizada às quartas feiras do mês de julho, no horário da tarde
- Clube de mães, com o tema violência contra a mulher e intra-familiar, Unidade de Saúde da Família CANSAT, realizado no horário da manhã
- Aty, assembléia comunitária da Unidade de Saúde da Família San Blas, realizada numa Escola do bairro após o horário de trabalho de funcionamento da USF, às 16hs
- Aty, assembléia comunitária da Unidade de Saúde da Família Republicano, realizada no Largo do bairro, no horário da tarde
- Clube de Ioga, realizado na sala de reunião da Casa das Hermanas del Sagrado Corazón, Unidade de Saúde da Família San Blas, no horário da manhã
- Clube do Hipertenso, Unidade de Saúde da Família Republicano, realizado no horário da tarde
- Festa de confraternização, aniversariantes do mês, Unidade de Saúde da Família Republicano, realizada no horário da tarde

Ressalta-se que todas as entrevistas e observações foram realizadas pela própria mestranda.

Tratamento e análise dos dados

O inquérito com os ACS do Bañado Sur estava constituído por duas partes: a parte quantitativa e a qualitativa, como mencionado anteriormente. Na medida em que, o inquérito foi realizado; as respostas das perguntas fechadas do questionário dos ACS foram digitalizadas. As variáveis quantitativas foram tabuladas e codificadas em planilhas do Microsoft Office Excel, logo revisadas na sua totalidade, para evitar possíveis erros de

digitação, facilitando assim, a elaboração de quadros e tabelas contendo dados quantitativos. Os dados qualitativos, resultado das perguntas abertas do Inquérito, foram transcritos, organizados e analisados no seu conteúdo, visando categorizar as percepções dos ACS sobre o trabalho desenvolvido e sua atuação.

As informações obtidas através das entrevistas realizadas aos Gestores do MSPBS e Responsáveis das USF, também foram transcritas e foram utilizadas para contextualizar a descrição e análise da atuação dos ACS.

As informações coletadas foram sistematizadas de modo a descrever o perfil, a inserção laboral, as atividades realizadas e a capacitação em APS dos ACS objetos deste estudo. Para analisar a inserção do ACS tomaram-se como base as categorias identificadas na literatura conforme o Quadro a seguir.

Quadro 5 - Categorias referentes à atuação do ACS

AUTOR	CATEGORIA
Nogueira et al. (2000:5)	Trabalhador do grupo da enfermagem (tecnológica) → O ACS realiza cuidados de saúde. Segundo as entidades de representação do profissional de enfermagem, a prática de cuidado de saúde às pessoas é muito mais extensiva do que o dado ao perfil ocupacional do ACS Trabalhador <i>sui generis</i> (solidária e social) → O ACS apresenta-se como não tendo similar entre as ocupações tradicionais e profissões da saúde, considerado assim, um trabalhador <i>sui generis</i> , tendo uma identidade comunitária e realizando tarefas que vão além do campo saúde (Bornstein et al., 2008:264)
Silva (2001)	Técnico → Relacionado ao atendimento de indivíduos e famílias, à intervenção para a prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos Político (ético-comunitário e transformador social) → Vinculado à organização da comunidade, à transformação das condições da população, inserindo a saúde para além do contexto geral de vida.
Nunes et al. (2002)	Pertencente à comunidade → O ACS esta ao lado dos usuários, tendo um perfil ou desenvolvendo um papel ora " <i>social</i> ", ora " <i>cultural</i> " Pertence à equipe de saúde e ao corpo de profissionais que atuam nesse território → O ACS desenvolve um lado institucional, mais técnico e pedagógico (Furlan, 2008:377)
Nogueira (2002)	Técnico "assistencialista" → Ênfase na eficácia obtida pela aplicação do princípio da beneficência assistencial do Estado Social "comunitarista" → Tende a acentuar o potencial emancipatório das ações de solidariedade, associadas ao princípio da autonomia
Standing et al. (2008)	Trabalhador genérico → Necessários em contextos onde há uma grave escassez de pessoal qualificado no local e onde há necessidade de preencher lacunas básicas de prevenção de saúde e cuidados curativos limitados. Para alcançar o sucesso, a sua legitimidade precisa ser estabelecida através de maior desenvolvimento da comunidade e de programas de transformação organizacional e de apoio contínuo. Agente Especializado → Tem como foco as condições específicas com alta prevalência e necessidade de saúde pública. Este quadro de trabalhadores especializados são menos propensos à concorrência direta no mercado, uma vez que a sua legitimidade, no nível comunitário, é estabelecida. No entanto, para o modelo alcançar pré-requisitos claros para o sucesso, são necessários treinamentos bem desenhados e supervisão consistente, tanto para assegurar e manter a competência, como para impedir a diversificação dos cuidados de saúde. Paciente Perito / Abordagem Defensor → Alternativa viável para gerenciar o tratamento de AIDS no contexto de países com severas restrições de recursos humanos. O conceito de paciente perito emergiu como um reconhecimento ao fato de que as pessoas que vivem com doenças não-transmissíveis, tais como diabetes, geralmente têm grande conhecimento e capacidade para gerir a sua própria condição e apoiar outras pessoas com a mesma doença a fazê-lo. Programas com pacientes de peritos são fornecidos em alguns países e, resultados preliminares sugerem que, esta é uma abordagem altamente eficaz. Agente Mediador da Comunidade → Facilitadores locais, que não são " <i>especialistas</i> ", mas são agentes treinados para capacitar as pessoas no desenvolvimento de soluções de problemas e recursos de acesso, atuando, por exemplo, na mediação entre as comunidades e os serviços burocráticos, facilitando usuários a se tornarem conscientes de seus direitos e a usar a mobilização social para obter um melhor acesso aos serviços, neste caso, de saúde (Standing et al., 2008:2105).

FONTE: Elaboração própria.

É importante ressaltar que, todo o processo de análise dos dados foi realizado à luz da literatura sobre o Agente Comunitário de Saúde e a Atenção Primária à Saúde internacionalmente, procurando sempre responder aos questionamentos da pesquisa, e sem perder de vista os objetivos propostos.

Considerações éticas

O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), foi aprovado e recebeu o Parecer N° 91/10.

De acordo com as exigências éticas e científicas fundamentais, a pesquisa foi realizada tendo como base as “*diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*”, da Resolução 196/96 do conselho Nacional de saúde. Assumindo assim, o compromisso de obedecer às exigências éticas propostas pelo Ministério de Saúde do Brasil.

Foi encaminhada uma solicitação para realização da pesquisa à Coordenação de Atenção Primária à Saúde da XVIII Região Sanitária do Paraguai, conforme estabelecido nas normas do Comitê de Bioética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz). Dada a concessão, deu-se partida à entrada ao campo.

A participação na pesquisa foi voluntária, e antes da realização das entrevistas foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente documentado, e que se encontra em Anexo, a cada um dos informantes-chaves e ACS participantes da pesquisa. Com o consentimento, as entrevistas foram gravadas para posterior análise. Os nomes das pessoas entrevistadas estão ocultos para garantir a confidencialidade e a privacidade, a proteção à imagem e a não estigmatização. Foi permitido abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem ônus para o entrevistado.

Após a realização da defesa da Dissertação, prevê-se o envio do trabalho em cópia traduzida e um relatório síntese dos principais resultados para os Gestores e Gerentes do MSPBS do Paraguai, como também a apresentação dos resultados da pesquisa para os ACS em lugar a combinar.

RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta seção descrevem e analisam as informações do inquérito com Agentes Comunitários (ACS) de Saúde do Bañado Sur, XVIII Região Sanitária do Paraguai. Nesta seção procura-se também traçar o perfil, o papel desenvolvido e a atuação do ACS no contexto da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela atual política de saúde do país. Quadros e tabelas dão suporte na compreensão e sintetizam os dados apresentados, que juntamente às informações fornecidas pelos informantes-chaves oferecem uma melhor exposição das dimensões de análise.

Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde

O perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) corresponde à maioria do sexo feminino, representando 97% do universo pesquisado. A idade varia entre 20 a 61 anos, com maior concentração na faixa de 20 a 40 anos (65%).

Na política de saúde não há exigência de escolaridade, mas para candidatar-se para ACS é necessário saber ler e escrever, sendo assim os ACS apresentam escolaridade variada. Mas, é importante ressaltar que mais da metade tem o ensino médio completo (52%). Metade da população pesquisada encontra-se estudando atualmente. Dos que estudam 69% estão em cursos vinculados à área da saúde, tais como: técnico em enfermagem, técnico em instrumentação cirúrgica, técnico em vigilância sanitária, enfermagem e nutrição, drogadicção.

Quase todos os Agentes vivem no bairro em que trabalham, à exceção de três pessoas que se mudaram após começar a trabalhar na Estratégia, mas vivem em áreas próximas da sua Unidade. A grande maioria (92%) vive no bairro há mais de dez anos, sendo que 50% dos ACS alegaram que nasceram na Região onde trabalham. O restante dos ACS é oriundo da Grande Assunção (Fernando de la Mora, Lambaré) ou de cidades distantes da capital do país (Concepción, Paraguay, San Pedro de Ykuamandju, Caraguatay, Ypane).

Tabela 8 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	56	97
Masculino	2	3
TOTAL	58	100
Faixa etária		
20 a 30 anos	21	36
31 a 40 anos	17	29
41 a 50 anos	12	21
51 anos ou mais	8	14
TOTAL	58	100
Escolaridade		
Primária completa	9	16
Secundária incompleta	19	33
Secundária completa	14	24
Superior (universitário) incompleto	16	28
TOTAL	58	100
Estuda atualmente		
Sim	29	50
Não	29	50
TOTAL	58	100
Vive no bairro em que trabalha		
Sim	55	95
Não	3	5
TOTAL	58	100
Tempo de residência no bairro em que trabalha		
0 a 4 anos	4	7
5 a 9 anos	1	2
10 a 19 anos	9	16
20 anos ou mais	44	76
TOTAL	58	100

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai".

Experiência prévia ao trabalho como Agente Comunitário de Saúde

Os ACS, quando perguntados sobre sua participação prévia em atividades comunitárias, que responderam positivamente representam 97%. Entre as atividades comunitárias realizadas anteriormente, as vinculadas a instituições eclesiais representam 72%, sendo que as atividades vinculadas ao "Centro de Atención Multidisciplinar de Salud para Todos"

(CAMSAT), correspondentes a 16%. O CAMSAT é uma entidade com mais de 20 anos de atuação no campo da saúde na Região do Bañado Sur, suas atividades são regidas por uma cooperação entre a Igreja Católica e a Policlínica Municipal da Cidade de Assunção, que cede seus profissionais médicos e dentistas para trabalhar em determinados horários por valores módicos.

Os Agentes de Saúde mencionaram também como atividade anterior ao trabalho na Estratégia, a sua participação em ações vinculadas a associações de moradores, representando um quarto do universo pesquisado.

Tabela 9 - Experiência comunitária prévia ao trabalho como Agente Comunitário de Saúde no Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

EXPERIÊNCIA	Nº	%
Participou em atividade comunitária anterior		
Sim	56	97
Não	2	3
TOTAL	58	100
Atividades comunitárias anteriores		
Atividades vinculadas à catequese, e/ou assistência a doentes	25	43
Atividades vinculadas à Pastoral da Igreja Católica	17	29
Atividades vinculadas a "Comisión vecinal"*	15	26
Promotor da Saúde	10	17
Atividades vinculadas ao CAMSAT**	9	16
Atividades em saúde vinculadas à Prefeitura, Governação, Ministério de saúde	5	9
Atividades em saúde comunitária	2	3
Atividades comunitárias pró-ativas	2	3
Atividades comunitárias diversas	13	22

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai".

* No seu equivalente em português: Associação de moradores. **"Centro de Atención Multidisciplinar de Salud para Todos".

Os ACS, quando perguntados sobre sua atividade imediata anterior, 12% responderam afirmativamente sobre a realização de atividade comunitária voluntária na área da saúde. Já, 59% responderam desenvolver atividades comunitárias que não vinculadas à saúde, mas de igual maneira de forma voluntária. Atividades comunitárias remuneradas eram desenvolvidas por 28% dos Agentes. Já 41% dos entrevistados relataram que desenvolviam atividades remuneradas e não vinculadas à comunidade e, 2% relataram que se encontravam estudando.

Tabela 10 - Atividade imediata anterior ao trabalho como Agente Comunitário de Saúde no Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

ATIVIDADE IMEDIATA ANTERIOR	Nº	%
Atividade comunitária voluntária em saúde	7	12
Atividade comunitária voluntária diversa	34	59
Atividade comunitária remunerada	16	28
Atividade diversa de trabalho informal	10	17
Atividade do trabalho formal	14	24
Estuda	1	2

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito *“O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”*.

Inserção e vínculo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na *“Estratégia promocional de la equidad en calidad de vida y salud”*

A implantação das Unidades no Bañado Sur aconteceu no final do ano de 2008, conforme visto anteriormente, e a inserção de 93% dos ACS na Estratégia aconteceu nesse período. O restante, 5%, ingressara posteriormente, após remanejamento das Equipes decorrentes dos dados levantados no censo realizado no território.

Todos os ACS são contratados pelo Ministério de Saúde e Bem-Estar Social (MSPBS), entretanto, 14% dos Agentes não sabem quem os contrata ou se sentem confusos em relação a esta informação, e muito poucos deles se identificaram como funcionários públicos.

“Não é esclarecido quem contrata o ACS, dizem que não é o Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social” (A4).

“O vínculo trabalhista não é claro. Muitas pessoas não reconhecem o ACS, isso confunde até o vínculo” (A1).

Todos os ACS são remunerados, tendo como vínculo trabalhista a categoria de *“jornalero administrativo”*¹², recebendo o salário mínimo estabelecido por lei no território nacional pela carga horária de 40 horas semanais com dedicação exclusiva. É importante ressaltar que o horário de trabalho permanentemente é ultrapassado devido a duas questões principais destacadas pelos próprios Agentes:

¹² Devido à falta de acesso às normativas de contratação da função pública do Paraguai, foi mantido termo em espanhol.

1. **Morar e trabalhar no mesmo micro - território** → Situação que leva aos moradores vizinhos a procurar o Agente nas mais diversas horas e dias da semana. Nas palavras da Agente, o trabalho demanda...

"...muita responsabilidade. Sempre excede o horário de trabalho que compreende de 7 às 15:30hs. Somos 'sem horário', divido à boa vontade de dar atenção à comunidade. O ACS está para servir" (B7).

"Como ACS trabalha-se 24hs dando atenção e assistência às pessoas" (A3).

2. **Tempo integral na comunidade** → Situação que leva aos Agentes a realizar tarefas de ordem administrativa na sua residência, por exemplo,

"O preenchimento de planilhas é feito em casa" (C11).

A principal motivação para desenvolver seu trabalho é a sua comunidade, trabalhar com e pela sua comunidade e pelas pessoas que lá residem. Assim sendo, 62% deles responderam ter interesse e possuíam experiência prévia em trabalho comunitário. As experiências como Promotoras de Saúde vinculadas principalmente a organizações eclesiais foram fundamentais na sua motivação. Somente 12% informaram como sua principal motivação necessidade de emprego e 3% disseram que a motivação era trabalhar próximo da sua residência.

Tabela 11 - Inserção e vínculo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

INSERÇÃO E VÍNCULO	Nº	%
Tempo de trabalho como ACS		
Entre 13 e 18 meses	3	5
Entre 19 e 20 meses	54	93
Não sabe / Não respondeu	1	2
TOTAL	58	100
Instituição que o contrata como ACS		
Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social	37	64
XVIII Região Sanitária, Assunção	2	3
Direção Geral de Atenção Primária à Saúde	11	19
Não sabe / Não respondeu	8	14
TOTAL	58	100
Recebe remuneração		
Sim	58	100
TOTAL	58	100
Carga horária de trabalho		
40 horas semanais, com dedicação exclusiva	58	100
TOTAL	58	100
Motivação para trabalhar como ACS		

Desenvolvia trabalho comunitário anterior	14	24
Sentia-se motivado para trabalhar pela sua comunidade	13	22
Desenvolvia trabalho voluntário anterior como Promotor da Saúde	9	16
Necessitava de emprego	7	12
Identifica-se com a proposta de trabalho da Saúde da Família	4	7
Oportunidade de um novo tipo de trabalho	3	5
Trabalhar próximo da sua residência	2	3
Desenvolvia trabalho anterior em serviço de saúde	1	2
Outro	5	9
TOTAL	58	100

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”.

Capacitação do Agente Comunitário de Saúde para o trabalho na “Estratégia promocional de la equidad en calidad de vida y salud” do Paraguai

O curso de capacitação inicial foi oferecido a todos os membros em conjunto – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS - das Equipes de Saúde da Família implantadas no período. Ele foi realizado pela Direção Geral de Atenção Primária à Saúde do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar do Paraguai, juntamente com a Direção de Programas e Organizações Não Governamentais (ONG) parceiras da Estratégia, no período dos meses de novembro e dezembro de 2008.

Perguntados os ACS sobre a duração do curso de capacitação para iniciar seu trabalho como ACS no contexto da Estratégia, eles informaram diversas durações. A maioria dos Agentes participou do curso (95%) e tiveram uma boa avaliação do seu conteúdo (93%), mas acharam que o curso aconteceu muito rápido e intensivo (C3). Os profissionais que ministraram as aulas estavam preparados (83%), mas sua linguagem mostrou-se inadequada para a diversidade de alunos presentes (66%).

“O conteúdo da capacitação preparava para o trabalho em campo” (C3).

“(…) O curso foi muito rápido, tanto que não ficaram esclarecidas as funções dos integrantes da Equipe de Saúde da Família. (…). O curso foi intenso e cansativo. A linguagem utilizada eventualmente pelos professores no curso era bastante técnica, resultando em aulas entediantes. Outras vezes, os professores tratavam assuntos dirigidos a aqueles que já possuíam um conhecimento prévio. É importante lembrar que o curso tinha um público diverso, composto por pessoas provenientes de diversas formações e níveis sócio-educativos, portanto alguns temas deveriam ter sido

tratados desde zero” (A1).

“A linguagem não foi clara, dirigido a pessoas de maior nível de conhecimento. Deveria ter sido mais simples” (B3).

Os ACS que provinham de experiências comunitárias em saúde e os estudantes, principalmente de Enfermagem declararam que já tinham realizado um curso com a temática Atenção Primária à Saúde, representam 29% do universo pesquisado.

Tabela 12 - Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

CAPACITAÇÃO	Nº	%
Realizou curso de capacitação para trabalhar como ACS		
Sim	55	95
Não	3	5
TOTAL	58	100
Duração do curso de capacitação recebido		
1 semana	5	9
2 semanas	6	10
3 semanas	8	14
4 semanas	32	55
5 semanas ou mais	4	7
Não sabe / Não respondeu	3	5
TOTAL	58	100
Avaliação do curso de capacitação recebido		
Carga horária suficiente	45	78
Conteúdo adequado	54	93
Professores preparados	48	83
Linguagem adequada	20	34
Realizou anteriormente outro curso com a temática APS		
Sim	17	29
Não	38	66
Não sabe / Não respondeu	3	5
TOTAL	58	100

FONTES: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”.

Os ACS recebem capacitação permanente ofertada pela Direção Geral de Programas em Saúde do MSPBS, elas são temáticas e acontecem uma vez na semana. As capacitações, que abarcaram 100% dos Agentes, referem-se às doenças crônicas e epidêmicas, saúde mental, prevenção do câncer de útero, planificação familiar e violência familiar.

Podemos dizer, a partir da pesquisa realizada, que os ACS tiveram capacitação em saúde

infantil, materno infantil, mulher, planejamento familiar, doenças crônicas e infecciosas, risco social, violência, saúde mental, trabalho comunitário. Os ACS relatam ainda que os temas foram abordados não isoladamente, mas de forma agrupada, formando um grande pacote, como por exemplo,

“O aleitamento materno é um assunto tratado pela nutricionista nas suas capacitações” (A2).

“O controle da Hanseníase estava incluso dentro de um grande pacote, não foi um tema específico” (C11).

No caso do cuidado de idosos, segundo os Agentes (55%), também não foi abordado como assunto específico, mas diluído nos diversos temas tratados, já que na maioria das vezes, a situação de precariedade desta população é grande, encontrando-se acamados.

“Mais do que o cuidado de idosos - que se encontram em total estado abandono -, adota-se uma postura de primeiros socorros” (B7).

Tabela 13 - Temas das capacitações em saúde recebidas até o momento pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

CAPACITAÇÃO POR TEMAS	Nº	%
Vacinação infantil	51	88
Reidratação oral (soro caseiro)	58	100
Acompanhamento do desenvolvimento infantil	54	93
Doenças prevalentes da infância	54	93
Atenção ao adolescente	57	98
Atenção pré-natal	51	88
Aleitamento materno	57	98
Planificação familiar	58	100
Prevenção do câncer de útero	58	100
Controle da hipertensão	58	100
Controle da hanseníase	57	98
Controle da diabetes	57	98
Controle da tuberculose	58	100
Cuidado de idosos	32	55
Prevenção HIV/DTS	57	98
Prevenção da dengue	58	100
Diagnostico do risco social	42	72
Violência familiar	58	100
Saúde Mental	58	100

Trabalho comunitário	53	91
Alimentação saudável	11	19
Outros*	6	10

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”.

Outros*: Drogas, tabagismo, habitação saudável, participação social e cidadã, saúde ocular, saúde bucal.

Quando questionados sobre a realização de treinamento, os ACS responderam que foram realizadas umas visitas ao campo de trabalho e, logo após a realização da capacitação, foram levados diretamente para realizar as atividades previstas, como fazer o censo da região.

Organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Unidade de Saúde da Família e no território social

Os ACS são responsáveis por uma média de 163 famílias e 708 pessoas, podendo variar de períodos em períodos. Os Agentes que possuem sob sua responsabilidade entre 141 e 170 famílias correspondem a 66% da população estudada. A grande maioria do ACS (78%) tem sob sua responsabilidade de 651 a 800 pessoas. Todavia, nem todas as famílias não são acompanhadas (52%), devido a diversos motivos, como: maior poder aquisitivo que permite a utilização de seguros privados, horários de visita em desacordo com a rotina da casa, moradores não recebem os ACS nas suas casas, usuário frequenta uma USF mais próxima da sua casa, ou então,

“Tanto as famílias, quanto as pessoas mudam bastante de residência, havendo muita rotatividade (...)” (C9).

As visitas são realizadas uma vez ao mês, caso não se consiga chegar a todas, se completa no mês seguinte. No caso de acamados, a visita acontece com maior regularidade, ao igual que no caso de idosos, pessoas incapacitadas e grávidas.

“Ainda que não chegue a visitar todas as famílias pelo menos uma vez ao mês, sabe-se delas por que se mora no bairro. Ou então se recupera no mês seguinte” (D15).

“Excepcionalmente a visita acontece duas vezes por mês, isso é no caso de

grávidas e pessoas encamadas” (B3).

No caso de “*bloqueo*” (controle epidemiológico), são visitadas todas as famílias mais de uma vez ao mês. Ao igual, quando são realizados os convites para as palestras e realização do “*Aty Guazu*” (reunião comunitária).

Tabela 14 - Atuação do ACS e famílias cobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde na Unidade de Saúde da Família e no território social do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

COBERTURA / ATUAÇÃO	Nº	%
Nº de famílias por ACS		
Até 140	4	7
141 a 150	9	16
151 a 160	15	26
161 a 170	14	24
171 a 180	5	9
181 a 190	4	7
191 a 200	4	7
200 e mais	2	3
Não respondeu	1	2
TOTAL	58	100
Nº de pessoas por ACS		
Até 600	1	2
601 a 650	9	16
651 a 700	14	24
701 a 750	16	28
751 a 800	15	26
800 e mais	3	5
TOTAL	58	100
Acompanha todas as famílias		
Sim	28	48
Não	30	52
TOTAL	58	100
Periodicidade da visita às famílias		
1 vez ao mês	54	93
2 vezes ou mais ao mês	1	2
Outro	3	5
TOTAL	58	100

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “*O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai*”.

Todos os Agentes relataram que censam as famílias do seu micro território todos os dias, realizando visita domiciliar, mantendo assim, o cadastro sempre atualizado (100%). Os

Agentes realizam também todos os dias, o encaminhamento de grávidas ao pré-natal na Unidade de saúde.

Como visto anteriormente, o cuidado de anciãos é realizado pelo Agente pelo menos uma vez na semana (64%), considerando que muitas vezes esta população se encontra acamada. O acompanhamento das consultas realizadas pelos médicos e enfermeiros acontece de forma agendada, e também uma vez na semana (64%), e nem sempre são acompanhadas pelo ACS.

Tabela 15 - Atividades na residência das famílias do micro-território realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA RESIDÊNCIA	No realiza		1 vez por mês		1 vez a cada 2 semanas		1 vez por semana		2 a 3 vezes por semana		4 a 5 vezes por semana	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Censa famílias do seu micro-território	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Mantém o cadastro das famílias atualizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Visitas domiciliares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Cuida de anciãos	8	14	0	0	10	17	30	52	0	0	10	17
Acompanha as consultas médicas e de enfermagem aos domicílios	1	2	0	0	0	0	37	64	0	0	20	34
Encaminha grávida ao pré-natal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100

FONTES: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai".

As atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo ACS todos os dias são informar sobre prevenção do câncer de útero (97%), planificação familiar (95%), prevenção da HIV/AIDS e DST (93%) e alimentação saudável (88%). Grupos com usuários podem acontecer uma vez por mês (48%) ou uma vez por semana (24%), podendo ser realizados em espaços da Unidade, em Escolas, em Igrejas e na comunidade.

Segundo os Agentes, palestras de educação em saúde com temas diversos acontecem nas salas de espera das Unidades de Saúde todos os dias no horário da manhã. Já, algumas Unidades contam com o apoio de Rádios Comunitárias, que possibilita a realização de programas dirigidos por ACS tratando temas específicos, e inclusive com a presença de convidados especiais.

Figura 11 - Clube da hipertensão, USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Violeta Heisecke, 2010. USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai.

Figura 12 - Clube de loga, USF San Blas, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Violeta Heisecke, 2010. USF San Blas, Bañado Sur, Assunção, Paraguai.

Os Agentes relataram que realizam atividades de acompanhamento das doenças crônicas, hipertensão e diabetes. No caso da tuberculose, além do acompanhamento (86%), a grande maioria dos ACS realiza a supervisão da tomada de medicamento no domicílio (86%).

No que se refere às atividades de acompanhamento de crianças, os Agentes controlam a caderneta de vacinação e incentivam o aleitamento materno em todas suas visitas domiciliares

todos os dias. O acompanhamento do desenvolvimento das crianças é realizado por 97% dos ACS. Pesas e medir crianças são atividades vedadas ao ACS, segundo normativa ministerial, mas devido a que alguns possuem formação técnica em enfermagem, são chamadas eventualmente para dar suporte ao atendimento (9%).

O controle de doenças, como dengue e febre amarela, é permanentemente realizado pelo ACS. No caso de que seja constatado apenas um caso de uma destas doenças é realizado o “*bloqueo*” do território.

O ACS relata que trabalha mais tempo na comunidade do que na USF, sendo assim, dividindo o tempo de uma semana em 10 períodos, os Agentes (69%) passam apenas de 1 a 2 períodos nas instalações da Unidade. Esses períodos estão destinados à realização de capacitações, supervisões, suporte na farmácia, e outras atividades administrativas.

Segundo os Agentes, as reuniões de equipe acontecem uma vez na semana (52%), mas pode vir a acontecer todos os dias (19%) antes do início das atividades rotineiras. Quando perguntados sobre as capacitações, estas acontecem uma vez por semana, segundo 91% dos Agentes. Atividades administrativas não são realizadas por 53% dos ACS.

Tabela 16 - Atividades de acompanhamento de grupos e atividades gerenciais realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	No realiza		1 vez por mês		1 vez a cada 2 semanas		1 vez por semana		2 a 3 vezes por semana		4 a 5 vezes por semana	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividades de educação em saúde												
Informa sobre alimentação saudável	5	9	1	2	0	0	0	0	1	2	51	88
Informa sobre planificação familiar	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	55	95
Informa sobre prevenção do HIV/AIDS, DST	0	0	1	2	1	2	1	2	1	2	54	93
Informa sobre prevenção do câncer de útero	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	56	97
Realizar reuniões com grupos de usuários	6	10	28	48	5	9	14	24	5	9	0	0
Atividades de acompanhamento												
Acompanha paciente com hipertensão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Acompanha paciente com diabetes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Acompanha paciente com tuberculoses	8	14	0	0	0	0	0	0	0	0	50	86
Supervisiona a tomada de medicamento da tuberculose no domicílio	8	14	0	0	0	0	0	0	0	0	50	86
Atividades de acompanhamento de crianças												
Acompanha o crescimento e o desenvolvimento infantil	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	56	97
Controla vacinação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100

Pesa crianças	53	91	0	0	1	2	1	2	3	5	0	0
Mede crianças	53	91	0	0	1	2	1	2	3	5	0	0
Incentiva o aleitamento materno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Controle de doenças												
Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Febre amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Atividades gerenciais												
Atividades administrativas na USF	31	53	2	3	12	21	5	9	8	14	0	0
Reunião de equipe	1	2	0	0	1	2	30	52	15	26	11	19
Recebe capacitação	0	0	0	0	0	0	53	91	2	3	3	5

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai"

Ações comunitárias realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde

A grande maioria dos ACS (84%) participou em atividades que procuraram resolver os problemas da comunidade, seja de forma direta ou intermediada pela Unidade.

Quando perguntados sobre a realização das ações junto com entidades públicas e/ou não governamentais, 62% declararam que já o fizeram. Entre as entidades públicas com as quais o ACS já trabalhou encontram-se: Secretaria de Ação Social (SAS), Secretaria de Emergência Nacional (SEN), Serviço Nacional de Erradicação do Paludismo (SENEPA, atual Serviço Nacional de Erradicação de Doenças por Vetores), Instituto Nacional de Proteção a Pessoas Excepcionais (INPRO), Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) / Direção Nacional de Narcóticos (DINAR), Direção de Saúde Mental do MSPBS, Prefeitura, Delegacias de Polícia. Entre as entidades não governamentais encontram-se as ligadas aos direitos da mulher, habitação. Rádios comunitárias, mesa de líderes comunitários, associações de moradores, comissões diversas (3ª idade, segurança, bairros, esportes, mães, etc.), escolas e Igrejas também fazem parte das entidades citadas pelos Agentes, e com os quais desenvolvem trabalhos em conjunto para tentar responder às necessidades da comunidade.

Tabela 17 - Realização de ações comunitárias pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

AÇÕES COMUNITÁRIAS	Nº	%
Participou em atividades para identificar ou resolver os problemas da comunidade		
Sim	49	84
Não	9	16
TOTAL	58	100
Realizou atividades com alguma entidade		
Sim	36	62
Não	22	38
TOTAL	58	100

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai".

Dentre os problemas mais destacados e recorrentes na comunidade, os quais os ACS buscam solucionar, são os vinculados à segurança pública, esgoto, coleta de lixo, urbanismo (ruas, praças, iluminação pública). Outros problemas também citados pelo Agente são os vinculados a: drogas, 3ª idade, prostituição infantil, violência doméstica, saúde mental.

Tabela 18 - Tipos de problemas da comunidade que buscou solucionar

TIPOS DE PROBLEMAS QUE BUSCOU SOLUCIONAR	Nº	%
Segurança pública	46	79
Esgoto	45	78
Coleta de lixo	43	74
Urbanismo (ruas, praças, iluminação pública)	41	71
Geração de renda / trabalho	39	67
Moradia	38	66
Água potável	36	62
Escola / educação	35	60
Transporte	35	60
Outros	15	26

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai".

*Outros: Drogas, 3ª idade, prostituição infantil, violência doméstica e violência contra pessoas com grave sofrimento psíquico (saúde mental).

Quando questionados sobre as atividades comunitárias que realizam, todos os ACS informaram que identificam as famílias em situação de risco de 4 a 5 vezes por semana. Os 93% dos Agentes desenvolvem ações dirigidas à comunidade também de 4 a 5 vezes por semana, ao igual que 86% que levantam as necessidades da população na área de saneamento e coleta de lixo. O contato com organismos públicos para resolver problemas na comunidade

e a realização de ações junto a entidades e/ou organizações na sua comunidade não são realizadas por 45% e 34% dos ACS respectivamente, pois na maioria das vezes o Agente atua como um mediador que após a identificação do problema, informa à Unidade de Saúde para juntos resolver a situação (Comunidade, ACS, USF e entidade). O contato com líderes comunitários é realizado de forma permanente, de 4 a 5 vezes por semana, por 62% dos ACS. Já o contato com parteiras e/ou médicos tradicionais não é realizado por 90% dos Agentes. As reuniões com a comunidade são realizadas uma vez por mês por 74% dos ACS, já as assembleias comunitárias, denominadas “Aty”, são realizadas semestralmente.

Tabela 19 - Atividades comunitárias realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

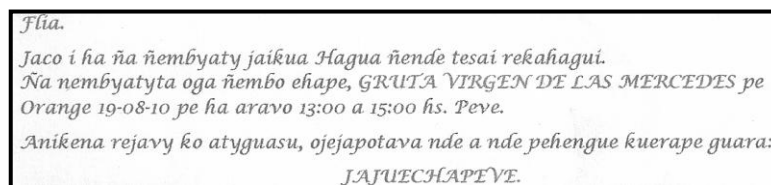
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	Não realiza		1 vez por mês		1 vez a cada 2 semanas		1 vez por semana		2 a 3 vezes por semana		4 a 5 vezes por semana	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividades comunitárias												
Trabalho de campo desenvolvendo ações dirigidas à comunidade	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	54	93
Identifica famílias em situação de risco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	100
Levanta as necessidades da população na área de saneamento e coleta de lixo	6	10	0	0	1	2	0	0	1	2	50	86
Faz contato com organismos públicos para resolver problemas na comunidade	26	45	3	5	19	33	2	3	1	2	7	12
Realiza ações junto a entidades e/ou organizações na sua comunidade	20	34	1	2	23	40	6	10	4	7	4	7
Faz contato com líderes comunitários	2	3	2	3	2	3	16	28	0	0	36	62
Faz contato com parteiras e /ou médicos tradicionais	52	90	4	7	0	0	0	0	0	0	2	3
Realiza reuniões com a comunidade	3	5	43	74	2	3	6	10	0	0	4	7
Visita escolas	6	10	6	10	10	17	34	59	0	0	2	3

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”.

Os “Aty” são assembleias comunitárias incentivadas e desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da USF, e tem como principal objetivo fomentar a participação cidadã, envolvendo assim diversos atores sociais – comunidade, entidades públicas e privadas – na discussão de assuntos de interesse coletivo, visando à tomada de decisão, planificação, administração, controle, etc. das ações dirigidas à qualidade de vida das pessoas, das famílias, da comunidade. Segundo documento do MSPBS (2010), sobre participação comunitária, o “Aty” tem como função sensibilizar e conscientizar as pessoas da comunidade para a participação popular, difundir informações, tomada de decisões, diagnóstico da situação de saúde da comunidade, planificação de propostas para a saúde a partir do diagnóstico, execução das

ações em saúde, avaliação das ações realizadas, rendição de contas e denominação de representantes e/ou líderes comunitários.

Figura 13 - Convocação da comunidade para “Aty”, USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Divulgação USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010.

Figura 14 - Convocação da comunidade para “Aty”, USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Divulgação USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010.

Os “Aty” podem acontecer como visualizados na figura, em diversos lugares: largos, praças, Escolas, Delegacias de Polícia, etc. e em diversos horários. A convocação é feita casa por casa, com “flyer” e/ou nos programas de rádio. A organização da sua realização varia de USF em USF, podendo até receber apoio de profissionais de entidades parceiras, e pode estar dirigido a todo o território de responsabilidade da USF, ou então, a um micro território específico de um ACS. Na observação realizada, os “Aty” contaram com recursos áudio-visual, como “slides”, cartazes e fotografias; momento cultural através da participação de talentos da comunidade, e confraternização com refrescos e lanches. Constatou-se a participação da comunidade através da presença, realização de perguntas e elogios.

Figura 15 - Aty Guazu, USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Violeta Heisecke, 2010. USF Republicano, Bañado Sur, Assunção, Paraguai.

Figura 16 - Aty Guazu, USF San Blas, Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010



FONTE: Violeta Heisecke, 2010. USF San Blas, Bañado Sur, Assunção, Paraguai.

Supervisão do Agente Comunitário de Saúde

A supervisão do Agente é realizada, na sua maioria (41%), pelo médico e enfermeiro da

Equipe, e com raras exceções (9%) é realizado pela Auxiliar de Enfermagem, ou então pelo Auxiliar administrativo da Unidade. A supervisão acontece no mínimo uma vez na semana (48%). Um terço dos ACS considera que recebe supervisão diariamente.

Tabela 20 - Atividades de supervisão recebidas pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

SUPERVISÃO	Nº	%
Supervisão técnica ou gerencial		
Realizada pelo médico e enfermeiro	24	41
Realizada pelo enfermeiro	16	28
Realizada pelo medico	8	14
Realizada pelo auxiliar de enfermagem	5	9
Realizada pelo auxiliara administrativo	5	9
TOTAL	58	100
Periodicidade da supervisão		
Diário	20	34
Semanal	28	48
Quinzenal	1	2
Não é regular	9	16
TOTAL	58	100

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito "O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai".

As supervisões têm como objetivo, segundo as agentes, orientar a realização de atividades rotineiras (55%), orientações para acompanhamento de grupos prioritários (55%), doenças específicas (55%), e famílias (55%). Na supervisão, o acompanhamento das ações do ACS na Unidade de Saúde e na comunidade, acontece sempre, segundo 91% dos ACS questionados. A integração e cooperação da equipe acontecem sempre, para 90% dos Agentes. Segundo 84% dos Agentes de Saúde, as supervisões servem para a discussão de problemas, dificuldades e demandas do ACS, assim como controle administrativo (86%).

Tabela 21 - Avaliação da supervisão recebida pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

Ações desenvolvidas na supervisão	Sempre		Maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientação para realizar atividades rotineiras	55	95	2	3	1	2	0	0
Orientação para realizar o acompanhamento de grupos prioritários	55	95	3	5	0	0	0	0
Orientação para realizar o acompanhamento de doenças específicas	55	95	3	3	0	0	0	0
Orientação para realizar o acompanhamento de famílias	54	93	4	7	0	0	0	0

Acompanhamento das ações dos ACS na USF e na comunidade	53	91	3	5	0	0	2	3
Integração e cooperação da equipe	52	90	4	7	1	2	1	2
Controle administrativo da frequência ao trabalho e da realização dos procedimentos de rotina	50	86	2	3	0	0	6	10
Discussão de problemas, dificuldades e demandas dos ACS	49	84	5	9	2	3	2	3

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”.

Situações presentes na Unidade de Saúde são marcadas na maioria das vezes (66%) pelo desenvolvimento do trabalho agradável e respeitoso, poucas vezes (69%) conflituoso. Estes conflitos estão atrelados ao espaço físico que ocupa a Unidade, a convivência junto com o pessoal administrativo, que já desenvolvia funções no local onde foi instalada a USF, e a eventuais discussões “hierárquicas” envolvendo profissionais. Segundo 64% dos ACS, a Equipe organiza sempre de forma conjunta a programação das suas atividades. A realização e desenvolvimento de atividades, tanto na comunidade como na USF, acontece poucas vezes para 45% e 31% dos ACS, respectivamente. Sempre o ACS tem um papel importante nas reuniões e nas atividades realizadas, conforme 97% dos Agentes mencionaram.

Tabela 22 - Percepção do trabalho em equipe na Unidade de Saúde da Família pelos Agentes Comunitários de Saúde do Bañado Sur, Assunção, Paraguai, 2010

Situações que acontecem com frequência na USF	Sempre		Maioria das vezes		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O ACS tem um papel importante nas reuniões e nas atividades realizadas	56	97	2	3	0	0	0	0
A Equipe organiza de forma conjunta a programação das suas atividades	37	64	19	33	1	2	1	2
O trabalho é agradável e respeitoso	17	29	38	66	2	3	1	2
A Equipe tem dificuldade para desenvolver o trabalho dentro da USF	5	9	11	19	18	31	24	41
A Equipe tem dificuldade com o trabalho na comunidade	3	5	4	7	26	45	25	43
O trabalho é conflituoso	0	0	13	22	40	69	5	9

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Inquérito “O Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família no Paraguai”.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do Inquérito revelaram dados importantes para a conformação do perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Bañado Sur. A discussão, para elucidar e procurar responder às principais questões propostas nesta pesquisa, encontra-se nesta seção. Tendo como eixo orientador as modalidades de ACS delineadas na literatura e estabelecidas previamente no projeto desta dissertação, buscou-se discutir e considerar a atuação dos ACS, sujeitos deste estudo.

Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde

Nesta pesquisa evidenciou-se a presença feminina exercendo o trabalho de Agente Comunitário. Isto não é um fato que acontece somente no Paraguai. No Brasil, a maioria dos ACS também são mulheres, no levantamento bibliográfico realizado por Nascimento (2008), este resultado é corroborado por diversas pesquisas de diferentes autores, que indicavam que suas amostras estavam compostas, na sua maior parte, por mulheres (Martins et al., Barcellos, Pandolfi & Miotto, 2006; Galavote, 2007; Farjado, 2001; Silva, 2001; Ferraz & Aerts, 2004 apud Nascimento, 2008:54). Na pesquisa realizada por Lehmann & Sanders (2007:7), também se evidencia a presença feminina em diversos programas ao redor do mundo, como no Paquistão, onde todas são mulheres, as denominadas “*Lady Health Workers*” (Labonté & Sanders, 2011). No México, encontramos as “*Encargadas de Comunidad*”, que também são todas mulheres jovens e adultas (Dalhaus, 1981:124).

Segundo Merhy e Franco (apud Nascimento, 2008:24), esse perfil está relacionado com o “*papel de cuidador*” que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida. Desta maneira, podemos citar, por exemplo, a experiência do Haiti, onde a escolha por mulheres tem como objetivo estimular a sua participação ativa na melhora da sua própria saúde e a de seus filhos (Gagnon, 1991:300).

Para Nascimento (2008) a escolha por mulheres está associada à idéia de que, elas são

detentoras de um significativo saber e uma rica prática em saúde, que segundo a autora, ao cuidarem de si ou de outros, são as principais presenças populares nos serviços de saúde. Nascimento (2008) acredita que a presença feminina dominante pode ser explicada pela natureza do trabalho, no qual a confiança na agente termina sendo maior. A focalização inicial dos programas no pré-natal e em cuidados com recém-nascidos estabeleceu uma relação mais fácil entre as mulheres da comunidade e as agentes. Isso pode ser visualizado na pesquisa de Lehmann & Sanders (2007:7), que relata que na Somália, onde a maioria dos VHW¹³ são homens, se fez necessário uma nova estratégia para poder orientar e ajudar as mães: escolher em cada comunidade uma “mulher ajudante”, geralmente parteira, que é treinada para o uso e preparação do soro oral e na importância dos métodos de prevenção da anemia na gravidez.

A autora (Nascimento, 2008) destaca que a predominância de agentes do sexo feminino caracteriza a crescente feminização da força de trabalho em saúde, que também está presente entre outras profissões, por exemplo, como a enfermagem. Portanto, devido ao maior envolvimento das mulheres com as questões do lar e da saúde, em particular, e por vivenciarem mais de perto os problemas específicos a eles relacionados, embora “leigas”, podem ser consideradas um recurso humano com potencialidades para o trabalho como agente de saúde (Santos apud Nascimento, 2008).

A procura dos Agentes de Saúde do Bañado Sur por profissões, onde a presença feminina encontra-se de forma marcante, como as vinculadas à saúde, também se encontra neste estudo, representando mais da metade do universo pesquisado. Isso também demonstra que, ainda que somente seja exigido ler e escrever, pouco mais da metade dos Agentes possui o ensino médio completo ou então estão cursando o ensino superior, evidenciando que estão acima dos requerimentos estabelecidos pela normativa ministerial. Segundo Nascimento (2008:56), quanto “*maior o grau de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conceitos, como também, orientará melhor as famílias sob sua responsabilidade*”.

No Brasil, os dados referentes à idade, segundo dados fornecidos por Nascimento (2008) e Silva (2001), evidenciam maior percentual de trabalhadores na faixa etária de 30-39 anos. Em pesquisa realizada na Colômbia (Bond, 1985:444), junto com as Agentes residentes em áreas rurais e urbanas marginalizadas, concentra maior percentual na faixa de 20-30 anos, como acontece no Paraguai. É importante ressaltar que, tanto no Paraguai, como no Brasil a determinação ministerial é que o Agente Comunitário tenha idade acima de 18 anos, não

¹³ Village Health Workers, Trabalhadores de Saúde da Aldeia (tradução livre).

havendo limite de idade.

Para Galavote (apud Nascimento, 2008:55), esta predominância na faixa adulto jovem indicaria a busca de uma nova perspectiva de trabalho e melhoria da qualidade de vida, pelo menos no que se refere às pesquisas realizadas no Brasil. No Paraguai, foi evidenciado que a motivação para procurar o trabalho de Agente Comunitário de Saúde, é a comunidade como um todo, tanto que eles próprios mencionam que estariam desenvolvendo atividades comunitárias, de igual maneira, pois sempre o fizeram, sendo isso um diferencial estabelecido como requisito para aprovação no processo seletivo. Esta exigência é encontrada, por exemplo, no Haiti, onde o critério principal de seleção consistia em o ACS participar em atividades locais e ser indicado por líderes comunitários em reconhecimento a sua dedicação pelos interesses da comunidade (Gagnon, 1991:300). Esta exigência estaria vinculada à idéia de eliminar da seleção, indivíduos que queiram beneficiar-se politicamente ou economicamente da experiência. No que se refere a esta pesquisa, pode-se destacar que a maioria dos ACS participou de experiências de trabalhos comunitários vinculados a entidades eclesiais, ao igual que na experiência brasileira (Silva, 2001; Fausto, 2005).

A revisão realizada por Nascimento (2008:55) aponta autores que defendem que Agentes com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade. Da mesma forma que, também podem ter “*algumas inimizades ou conflitos com outros moradores*”, e até inclusive ter maiores resistências a conceitos novos, devido a experiências próprias ou alheias que determinariam seu próprio conceito sobre o processo de saúde-doença. Em contrapartida, os mais jovens, estariam menos envolvidos com a comunidade, mas seriam mais abertos às mudanças e às novidades. Para Bhattacharyya et al. (apud Lehmann & Sanders, 2007:7), de fato os mais jovens tendem a ser mais alfabetizados, já os mais velhos, a serem mais respeitados pela sua comunidade.

De acordo com Araújo et al. (Nascimento, 2008:28), o ACS por ser um morador da comunidade, representa uma riqueza de possibilidades, pois conhece as pessoas que atende, fala a mesma linguagem dos que o procuram, passa por situações parecidas e compartilha crenças com os membros da região onde atua. Para o autor, a credibilidade é a base para a atuação dos agentes, portanto ser confiável e ter liderança são requisitos desejáveis. Esses critérios tornam o agente um trabalhador especial cujo capital social, conhecimento da comunidade e da realidade local, liderança e solidariedade se constituem um a priori das qualificações técnicas, adquiridas num segundo momento com o treinamento continuado das equipes. Para Eibenschutz (1976:295), ainda que a tendência seja aceitar que trabalhadores

comunitários sejam da comunidade, não há garantias de que se respeite ou promova o seu compromisso com a mesma, e que o fato de treiná-los pode criar expectativas para valores dominantes que quebrariam com este compromisso. Portanto, para a autora não é a origem que vai ser determinante, mas o tipo e conteúdo de ensino oferecido, que deve ser “*questionador*”, gerando assim inquietude para resolver problemas.

Por outro lado, Jardim & Lancman (2009) concluíram na sua pesquisa que, trabalhar e morar na comunidade é constrangedor para o trabalhador comunitário, e que a precariedade dos demais níveis do sistema de saúde são uma fonte adicional de sofrimento. Para as autoras, o contato do ACS com a população gera intenso envolvimento pessoal e desgaste emocional, devido ao acesso aos domicílios e à vida privada das pessoas, ao conhecimento de demandas e impossibilidades de ação, quando constata os limites do setor de saúde (Jardim & Lancman, 2009:124). Os autores destacam, como resultado da sua pesquisa, o duplo papel que o ACS desempenha, pois além dele ser Agente, ele também é sujeito da comunidade, podendo sofrer psiquicamente por não ter o distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar.

Os ACS do Bañado Sur foram, na sua grande maioria, inseridos na Estratégia, desde o início da implantação, são contratados como funcionários públicos recebendo salário de acordo a sua categoria, “*jornalero administrativo*”. A literatura internacional (Lehmann & Sanders, 2007) evidencia a diversidade de tipos de vínculos que podem ser estabelecidos, junto com os trabalhadores comunitários.

A pesquisa realizada com os ACS do Bañado mostra que todos eles receberam capacitação da Direção Geral de Atenção Primária à Saúde, ministrada por profissionais vinculados à Direção de Programas de Saúde do Ministério e a entidades não governamentais, e ao longo do período tem recebido capacitação permanente. A grande maioria dos Agentes ressalta a importância de separar os trabalhadores comunitários dos profissionais de saúde, especialmente nas capacitações iniciais, já que o grau de formação pode tornar-se um obstáculo no aprendizado, tanto para uns, quanto para outros. No caso da Colômbia (Bond, 1985:444), as Promotoras recebem capacitação didática e prática no Hospital regional durante três meses e adquirem a maioria dos seus conhecimentos práticos por experiência. No Haiti (Gagnon, 1991:301), a capacitação dos Promotores rurais de saúde, na sua primeira fase, tem duração de um mês, e está dirigida por um médico e uma enfermeira, após sua conclusão, os Promotores recebem o título de “*Collaborateur volontaire*”. Na segunda fase, constituída de vinte meses de capacitações sob supervisão de coordenadores, médicos, pessoal de farmácia e laboratório, recebem finalmente o título de “*Agents de Santé*”.

Os Agentes do Bañado Sur, como foi visto, receberam capacitação em uma ampla variedade de temas/assuntos. Podemos dizer, a partir da pesquisa realizada, que os ACS tiveram capacitação em saúde infantil, materno infantil, mulher, planificação familiar, doenças crônicas e infecciosas, risco social, violência, saúde mental, trabalho comunitário.

Ainda que não se conte com dados que avaliem a efetividade dos ACS atuantes no Bañado Sur, a evidência, a partir de pesquisas internacionais, mostra que trabalhadores comunitários de saúde proporcionam uma significativa eficiência em promover o aumento da imunização infantil e a amamentação, em melhorar as taxas de cura da tuberculose. Como também, há evidências da sua eficiência, em menor grau, na redução da morbidade infantil, redução da mortalidade neonatal e infantil e aumento da procura de cuidados para doenças infantis (Lipp, 2011:245).

No caso do cuidado de idosos, como foi visto, não é tratado como um tema específico, mas de igual maneira demanda uma atenção mais freqüente dos ACS, em vista de que é verificado o descaso da situação em que se encontra esta população maior de 65 anos. Em países como Argentina, foi aprovada a criação do Programa Nacional de Envelhecimento Ativo e Saúde para a Terceira Idade no ano de 2002. Desde então, vêm sendo implementadas diversas ações que vão da tomada de pressão, até assessoria legal e/ou defesa de direitos. Fez-se necessário então, a capacitação de recursos humanos na perspectiva do envelhecimento ativo e na atenção da saúde adaptada às necessidades da terceira idade (Hadid & Kanje, 2008:4). No ano de 2003, segundo Hadid & Kanje (2008:7), aconteceu a capacitação de Agentes Comunitários, os denominados “*Promotores Voluntarios de Salud para Adultos Mayores*” (PVSAM), estes são pessoas idosas formadas para ações na comunidade, com a finalidade de promover hábitos saudáveis, colaborar na detecção de problemas na comunidade, e facilitar o encontro intergeracional. Os resultados desta experiência foram o 97% de aprovação das atividades de promoção da saúde - por exemplo: caminhadas - propostas pelos Agentes, e 74% de geração de mudanças positivas e saudáveis

Organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Unidade de Saúde da Família e no território social

No Bañado Sur, os ACS são responsáveis por uma média de 163 famílias e 708 pessoas que

varia de períodos em períodos, devido a diversos motivos, como por exemplo, o inquilinato, que faz com que as pessoas e famílias mudem permanentemente de residência. No que se referem às tarefas realizadas, todas estão prescritas nas normativas ministeriais, a exceção daqueles ACS que realizam suporte administrativo e/ou suporte à enfermeira na hora de pesar e medir crianças, pois esta claramente definida que seu labor encontra-se unicamente na comunidade, podendo isso acarretar situações onde não há tempo para preencher fichas e realizar ações vinculadas ao registro das suas atividades. Eventualmente, é mencionado pelos ACS, a dificuldade realizar atividades na sua própria unidade, já seja pelo espaço reduzido ou por questões estruturais do prédio, como por exemplo, o não funcionamento de banheiro, situações estas que estão vinculadas à localização das Unidades, a reutilização de espaços já existentes.

As promotoras de saúde da Colômbia, por exemplo, trabalham principalmente como ajudantes de médicos e enfermeiras, são também representantes dos hospitais nas comunidades rurais (Bond, 1985:444). Na Colômbia há diferenças de atividades entre as que se encontram na região rural e as urbana, as primeiras não são permitidas de realizar partos, suturas ou administrar medicamento devido a que se encontram próximas de Hospitais. As segundas trabalham dia e noite, realizando partos, aplicando injeções intramusculares e suturas, e são beneficiadas com o recebimento de bicicletas para se locomover no seu território.

As ações comunitárias são imperativas para os ACS do Bañado Sur, mas elas podem se tornar difíceis de realizar devido a quantidade de tarefas que desempenham. Ainda assim, 84% dos ACS participa em atividades para resolver problemas de sua comunidade, enquanto que no Brasil, somente 33 a 50% dos ACS, em grandes centros urbanos, responderam positivamente a esta questão (Giovannella et al., 2009). Nesse sentido, os ACS ressaltam que as visitas domiciliares demandam tempo, pois são muitas famílias por visitar, e que é prioridade para o Ministério. O trabalho comunitário, realizado pelos Agentes, o posiciona como mediador, que identifica o problema, leva para discussão na Unidade, para logo a ação, propriamente aconteça. Mas, alguns Agentes ressaltam sua autonomia de execução, na hora de estabelecer e procurar estabelecer redes, acionar serviços e entidades para tentar resolver problemas comunitários. Da mesma forma, que sua participação na “*mesa de líderes*”, reuniões comunitárias, está também marcada pela sua função dupla, de ser Agente Comunitário e morador, sujeito da comunidade.

A supervisão dos Agentes do Bañado Sur acontece a qualquer momento, antes, após, um dia na semana; e pode ser realizada por qualquer profissional, mas geralmente ela é realizada pelo

medico e a enfermeira. Elas são técnicas - administrativas, sendo assim elas orientam a realização de atividades rotineiras, o acompanhamento de grupos e famílias, acompanham as suas ações na Unidade e na comunidade, como também possibilita a integração e cooperação da equipe, o controle administrativo e a discussão de problemas e dificuldades do Agente. No caso da supervisão das atividades das Promotoras colombianas é considerada por elas irregular (Bond, 1985:445), e quando acontece, é realizado pela enfermeira. Para a autora, o tipo de supervisão, exerce um tipo de controle que mantém as promotoras em estado de incerteza que diminui sua confiança em si mesmas e inibe sua capacidade criadora e sentido de responsabilidade no trabalho com a comunidade. No Haiti (Gagnon, 1991:308), a supervisão dos Promotores é realizada pelos coordenadores do programa, através de discussões do seu trabalho uma ou duas vezes por mês nos domicílios dos Promotores, e/ou através da análise minucioso dos cadernos de atividades, assim, possibilitou-se um espaço para discutir seus problemas no exercício do seu trabalho, como também as possíveis soluções, como também estabelecer uma relação de apoio e colaboração, que permite ao Promotor expressar livremente suas necessidades e receber orientação.

* * *

Para analisar o perfil de atuação do ACS tomamos as dicotomias analíticas identificadas na literatura. Desta forma, temos primeiramente Nogueira et al. (2000:5) que discute se é o ACS é um trabalhador “*sui generis*” ou um trabalhador que realiza cuidados de saúde. Este último enquadra-se na categoria **do trabalhador do grupo da enfermagem**, na **categoria tecnológica** (Silva, 2001), pois, segundo as entidades de representação do profissional de enfermagem, a prática de cuidado de saúde às pessoas é muito mais extensiva do que o dado ao perfil ocupacional do ACS. Nesse sentido, esta atuação situa-se no atendimento aos indivíduos e famílias, na prevenção de agravos e no monitoramento de grupos ou problemas específicos. Em suma, atividades que tem um caráter biomédico e individual que visam primordialmente preencher instrumentos de informação, com objetivo de avaliar a produtividade individual do Agente e os indicadores de saúde, para posteriormente determinar as ações em saúde. Configura-se então, um trabalhador que pertence à equipe de saúde e ao corpo de profissionais que atuam no território (Furlan, 2008:377), desenvolvendo um lado

institucional, mais técnico e pedagógico. Para Nogueira (2002), este perfil seria o do **técnico “assistencialista”**, pois sua ênfase se encontraria na eficácia obtida pela aplicação do princípio da beneficência assistencial do Estado. Os ACS do Bañado Sur, ainda que desenvolvam atividades do tipo tecnológicas, são atravessados por questões anteriores, como sua forte experiência comunitária e de liderança, anterior ao seu trabalho como Agente da USF. Sendo assim, sua motivação principal, a mobilização da organização comunitária, entra em confronto com suas funções, refletindo na não identificação do poder de mudança que podem exercer no território social. Essa sobrecarga de expectativas não decorre do fato de haver descrições discrepantes sobre suas funções, mas *“pelas diferenças nas concepções ‘eticopolíticas’ sobre como a saúde pode ser promovida nessa interface, entre a auto-organização comunitária e os sistemas de serviços de saúde”* (Bornstein & Stotz, 2008).

Neste contexto, evidencia-se um perfil mais **político (ético-comunitário e transformador social)**, vinculado à organização da comunidade, à transformação das condições de vida da população, onde a saúde é entendida no seu contexto mais amplo, para além do seu conceito de ausência de doença (Silva, 2001). Um **social “comunitarista”** (Nogueira, 2002), um Agente que tende a acentuar o potencial emancipatório das ações de solidariedade, associadas ao princípio da autonomia, onde seu trabalho irá depender das próprias necessidades do público a ser atendido nas comunidades em que irá intervir. Um **perfil universalista**, que tem como pressuposto as múltiplas naturezas do seu processo de trabalho e das suas atividades. Um trabalhador que **pertencente à comunidade**, está ao lado dos usuários, tendo um perfil ou desenvolvendo um papel ora social, ora cultural (Nunes et al., 2002). De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, os ACS atuantes nas Unidades de Saúde do Bañado Sur estão mais de acordo com este perfil, devido a seu envolvimento e procura por ações comunitárias e intersetoriais, visando à qualidade de vida da comunidade, anteriormente esquecida pelo Estado.

Mendonça (2004) acredita que o ACS deve estar habilitado para identificar os problemas da/na comunidade que têm impacto sobre a saúde e o bem-estar do território, e deve conhecer os recursos necessários para sustentar sua ação e atuação, de forma criativa e autônoma. Para a autora, esta autonomia é relativa à capacidade do ACS se autplanejar, gerenciar seu tempo e espaço de trabalho, de exercitar a sua criatividade e de participar de fóruns sociais onde se debatam os problemas da comunidade e daí influenciarem a tomada de decisões. Neste último aspecto, relacionado aos fóruns, foi evidente a trava jurídica existente na XVIII Região Sanitária, ao não poder criar espaços de debate instituídos, como por exemplo, os Conselhos

Locais de Saúde. Por outro lado, as capacitações recebidas pelos ACS do Bañado, refletem a abrangência de conhecimento técnico recebido, possibilitando uma abertura de visão, e certa sensibilidade para o reconhecimento de problemáticas.

Entre outras categorias analíticas do trabalho de ACS encontradas na literatura, estão a do autor Standing et al. (2008), que localiza o ACS como podendo ser um **trabalhador genérico**, geralmente necessário em contextos onde há uma grave escassez de pessoal qualificado no local e onde há necessidade de preencher lacunas básicas de prevenção de saúde e cuidados curativos limitados. Para alcançar o sucesso, a sua legitimidade precisa ser estabelecida através de maior desenvolvimento da comunidade e de programas de transformação organizacional e de apoio contínuo. O **agente especializado**, que tem como foco condições específicas, com alta prevalência de doenças e necessidades em saúde pública. Este quadro de trabalhadores especializados são menos propensos à concorrência direta no mercado, uma vez que a sua legitimidade, no nível comunitário, é estabelecida segundo casos específicos. No entanto, para o modelo alcançar o sucesso, é necessário um treinamento bem desenhado e supervisão consistente, tanto para assegurar e manter a competência, como para impedir a diversificação dos cuidados de saúde. A partir desta, elucidação, podemos configurar o ACS do Bañado Sur, como sendo um trabalhador genérico, pois não responde a uma especificidade, e sim a um modelo continuado de atenção e desenvolvimento comunitário.

O autor (Standing et al., 2008), também apresenta a categoria de **paciente perito / abordagem defensor**, que atende a alternativa viável para gerenciar o tratamento de AIDS no contexto de países com severas restrições de recursos humanos. Este conceito, por exemplo, de paciente perito emergiu como um reconhecimento ao fato de que as pessoas que vivem com doenças não-transmissíveis, tais como diabetes, geralmente têm grande conhecimento e capacidade para gerir a sua própria condição e apoiar outras pessoas com a mesma doença a fazê-lo. No Paraguai, os Agentes de saúde não correspondem a este tipo, mas nos países onde estes programas estão atuando, resultados preliminares sugerem que, esta é uma abordagem altamente eficaz.

O ACS do Bañado Sur enquadra-se, segundo a categoria de Standing et al. (2008), como “*agente mediador da comunidade*”, pois estes são considerados facilitadores locais treinados para capacitar as pessoas, desenvolver soluções para problemas de recursos e de acesso. Atuando, por exemplo, na mediação entre as comunidades e os serviços, facilitando usuários a se tornarem conscientes de seus direitos e a usar a mobilização social para obter um melhor

acesso aos serviços, neste caso, de saúde (Standing et al., 2008:2105).

* * *

O presente trabalho, em síntese, demonstrou que os Agentes Comunitários do Bañado Sur são generalistas, pois possuem um amplo leque de conhecimento, já seja no nível técnico, como comunitário. O Agente tem um perfil de atuação de mediador da comunidade, pois pode ser considerado como facilitador local, que não é "especialista", mas é um agente treinado para capacitar as pessoas no desenvolvimento de soluções de problemas e recursos de acesso, atuando, por exemplo, na mediação entre as comunidades e os serviços, facilitando usuários a se tornarem conscientes de seus direitos e a usar a mobilização social para obter um melhor acesso aos serviços de saúde. Ele é um Agente que pertence à comunidade, encontrando-se ao lado dos usuários, desenvolvendo um papel ora social, ora cultural, mas evidencia-se a tendência de se transformar num agente político que se encontra vinculado à organização da comunidade, à transformação das condições da população, inserindo a saúde para além do contexto geral de vida. Podemos dizer que, o perfil dos Agentes, estabelecido por esta pesquisa, evidencia a conformação de uma Atenção Primária abrangente e em consonância com os preceitos estabelecidos pela Alma Ata.

Desta maneira, estas definições encontram-se de acordo com a literatura internacional que enfatiza que o trabalhador comunitário de saúde não é somente um provedor de cuidados comunitários, mas também um defensor da comunidade e um agente de câmbio social. Mas, ao mesmo tempo, deixa claro que para alcançar o sucesso, os Programas de ACS devem ter capacitação/treinamento, supervisão e apoio contínuos, tarefas e papéis claramente definidos, estabelecido um sistema de incentivos, apoio político institucional permanente, e adaptação permanente do programa à realidade local, já que seu trabalho dependerá das próprias necessidades do público a ser atendido nas comunidades em que irá servir.

O estudo, ainda que com limitações metodológicas, que foram se apresentando no decorrer da pesquisa, conseguiu alcançar os objetivos traçados. Novas questões, vinculadas à atuação do ACS, foram surgindo ao longo do processo, pois a pesquisa não se esgota em si mesma, fazendo-se necessárias outras pesquisas para, por exemplo, avaliar a efetividade do trabalho do ACS.

REFERÊNCIAS

Angeles G, Stewart JF, Gaete R, Mancini D, Trujillo A, Fowler CI. Descentralización del sector salud en el Paraguay: Estudio de evaluación del impacto en el costo, eficiencia, calidad básica, uso, y equidad de los servicios básicos de salud. Disponible em: Diciembre 1999. http://paraguay.usaid.gov/reproductive/publicaciones/paraguay_spanish.pdf. Acesso em: 08/2008.

Bond LSL. Función de las promotoras de la salud en el departamento del Valle del Cauca, Colombia. Bol Of Sanit Panam. 1985; 98(5).

Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde coletiva. 2008; 13(1):259-268.

Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab. Educ. Saúde. 2008-2009; 6(3):457-480.

Brasil. Lei Nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

CEPAL. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Paraguay. 2009; 99-101;. Disponível em: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/31993/Anexo_estadistico.pdf. Acesso em 28/12/2009.

Conill EM, Fausto MCR. Analisis de la integración de la Atención Primaria en Salud en la red de servicios en Europa y América Latina. 2009.

Dalhaus AA. Capacitación de encargadas de comunidad por médio de un “paquete” de auto-enseñanza. Educ Med Salud. 1981; 15(2).

DGEEC (a). Compendio Estadístico 2007. DGEEC, Fernando de la Mora, Paraguay: Diciembre 2007. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

DGEEC (c). Paraguay. Censo 2002. Resultados. DGEEC, Fernando de la Mora, Paraguay:

2002. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

DGEEC (d). Paraguay. Principales indicadores. Población y viviendas. Tríptico. DGEEC, Fernando de la Mora, Paraguay; 2002. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

DGEEC. Anuario Estadístico del Paraguay 2007. DGEEC, Asunción, Abril 2009. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

DGEEC. Atlas Censal del Paraguay. DGEEC, Fernando de la Mora, Paraguay, 2004. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

DGEEC. Encuesta permanente de hogares. Tríptico. DGEEC, Fernando de la Mora, Paraguay, 2008. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

DGEEC. Principales Resultados. Encuesta permanente de hogares 2007. DGEEC, Fernando de la Mora, Paraguay, Junio 2008. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/>. Acessado em: 08/2008.

Diakonia. Participación y descentralización en Paraguay: Experiencias y estrategias de las contrapartes del Programa Paraguay de Diakonia. Conjunto de documentos Diakonia “*Hacia una democracia local participativa...*”: Paraguay (versión final). 2005. Disponível em: <http://www.sa.diakonia.se/files/DEM%20LOCAL%20Paraguay.pdf>. Acessado em: 08/2008.

Dullak R, Riveros MI, Battaglia MEP, Wildberger C, Routi M, Bejarano MS, Molinas FO. Estudio multicéntrico en atención primária en salud: modelos asistenciales, integración al sistema de salud e intersectorialidad en contextos urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Documento del sistema de salud de Paraguay. Jul 2008. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/spanishversion/pdf/taller/brasil_sistemasaude.pdf. Acessado em: 08/2008.

Eibenschutz C. Técnicos en salud comunitaria. Educación médica y salud. 1976; 10(3).

Fausto, MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP Fiocruz; 2005.

Furlan PG. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada. SP: 2008.

Gagnon AJ. Capacitación e integración de promotores rurales de salud. Bol Of Sanit Panam. 1991; 110(4).

Gaona JP, Blanco GO. Tesãi Reka Paraguai aclara actividades para el campesinado. Punta Suerte, Yataity del Norte, 20 de marzo del 2009. Disponível em: <http://www.radioviva.com.py/articulo.php?ID=4073>. Acesso em 28/12/2009.

Giovanella L *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-794.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 575-625. 2008.

Hadid MA, Kanje AS. Participación comunitaria para la promoción de la salud y la integración social de los adultos mayores. *Rev del Hosp JM Ramos Mejía*. 2008; XIII(3).

Ibarra FR. Reforma sanitaria en el Paraguay [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP Fiocruz; 1997.

Ingram M, Sabo S, Rothers J, Wennerstrom A, Zapien JG. Community Health Workers and Community Advocacy: Addressing Health Disparities. *J Community Health*. 2008; 33:417-424.

Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Comunicação, Saúde e Educação*. 2009; 13(28):123-35.

Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Dossier. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009; 8(16):14-29.

Labonté R, Sanders D. Lay health workers an international overview. 2011.

Lehmann U, Sanders D. Community Health Workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World Health Organization, Geneva, January, 2007.

Lipp A. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases: a review synopsis. *Public Health Nursing*. 2011; 28(3):243-245.

Mathias M. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. Profissional é fundamental para a Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Poli. Saúde Educação Trabalho*. 2008; 1(1):22.

Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2004; 2(2):353-365.

Nascimento CMB. Análise do cumprimento das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em municípios da região metropolitana do Recife. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 2008.

Negri A. Capítulo I. In: Sperandio AMG (org). O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. , Campinas, Ed. IPES. 2004; 2:15-55

Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVOR. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*. O agente comunitário de saúde. Texto para discussão Nº 735, IPEA, 2000.

Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "*universalista*" e a dimensão social "*comunitarista*". Interface, Comunicação, Saúde, Educ. 2002; 6(10):75-94.

Nunes MO. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade deste personagem híbrido e polifônico. Ca Saúde Públ. 2002; 6(18):1639-1646.

OMS. Atención primaria de salud. Informe de la Conferência sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. 1978; 6-12.

OMS. Atención primaria de salud. La experiencia china. Informe de un seminario interregional. Ginebra; 1984.

OPAS/OMS. Hoja resumen sobre desigualdades en salud. Paraguay. Febrero, 2002.

OPAS/OMS. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Informe provisional presentado al ministerio de salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington (DC), EUA; febrero de 1964. [Traducción al castellano del "*Dawson report on the future provision of medical and allied services, 1920*"].

OPAS/OMS. Perfil de los sistemas de salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington DC: 2008.

OPAS/OMS. Perfil del sistema de servicios de salud. Paraguay. 2001

OPAS/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington: Pan-American Health Organization-PAHO/WHO; 2005.

OPAS/OMS. Salud en las Américas: 2007. Paraguay. Washington, D.C. OPAS, Publicación Científica y Técnica. 2007; 2(622):608-629.

Paraguay (a). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de atención primaria de salud se incorpora dentro del sistema sanitario. Noticias, Pto de Prensa, 2008-09-23. Disponível em: http://mspbs.gov.py/ver_noticia.php?id=1902. Acessado em: 06/08/2009.

Paraguay (b). Ministerio de salud Pública y Bienestar Social. Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad. Asunción, Paraguay. 2008.

Paraguay. Constitución del Paraguay. 1992.

Paraguay. Gabinete de la Presidencia de la Republica. Paraguay para Todos y Todas. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. Asunción, 2009.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. APS: Unidades de salud de la Familia de Bañado Sur y Marquetália presentan mapas y resultados. Noticias, Pto de Prensa, 2009-06-03. Disponible em: http://www.mspbs.gov.py/ver_noticia.php?id=3905. Acceso em 05/08/2009.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Asunción, 2009.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Manual de Funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar (USF). Asunción, 2009.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención. 2007.

Paraguay. Ministerio de salud Pública y Bienestar Social. Lei N° 1032/1996.

Perrota M, Navarro E. Un camino hacia la libertad. Salud comunitaria. Ed. Alamo, Capiatá, Paraguay, 2003.

PNUD. Diagnóstico Institucional de la República del Paraguay. 2002. Disponible em: Disponible em: <http://www.pnud.org.br/home/>. Acceso em 03/08/2008.

PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos. Nueva York, NY, EE.UU. 2009. Disponible em: <http://www.pnud.org.br/home/>. Acceso em 05/08/2009.

Rubin G, Chen C, Herrera Y, Aparicio V, Massey J, Morris L. Trabajadores de Atención Primaria. El Programa de Auxiliares Rurales de Salud em El Salvador. Bol Of Sanit Panam. 1983; 94(6).

Schneider H, Hlophe H, van Rensburg D. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. Health Policy and Planning. 2008; 23:179-187.

Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica, USP; 2001.

Standing H, Chowdhury AMR. Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: What future for community health workers? *Social Science & Medicine*. 2008; 66:2096-2107.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 3(83).

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B. Efetividade e Equidade em Serviços de Saúde através da Atenção Primária em Saúde. Terceiro Seminário Internacional: Avaliação em APS e Gestão por Resultados. Recife, Brasil; 13 de dezembro de 2007.

Turner, Brian. Paraguay como un Estado Unitario Descentralizado: ¿Qué significa esto? *En publicación: Paraguay como un Estado Unitario Descentralizado: ¿Qué significa esto?* BASE-IS, BASE Investigaciones Sociales, Asunción, Central, Paraguay; 1998. Disponível em: <http://sala.clacso.edu.ar/gsd1252/cgi-bin/library?e=d-000-00---0base--00-0-0--0prompt-10---4-----0-11--1-es-50---20-about---00031-001-1-1-OutfZz-8-10&cl=CL2.1&d=HASH013f5438c0908f3f94c42473.6>=1>. Acesso em 03/08/2008.

WHO. Primary Health Care. Now more than ever. (APS más necesaria que nunca). The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

World Bank. World Development Indicators database. World Bank; 7 October 2009. Disponível em <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>. Acesso em: 21/12/2009.

Sites Consultados

Banco Mundial → <http://www.worldbank.org/>

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) → <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

Cámara de Diputados del Paraguay → <http://www.diputados.gov.py/ww1/>

Cámara de Senadores del Paraguay → <http://www.senado.gov.py/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) → <http://www.eclac.org/>

Departamento de Atención Básica (DAB/MS) → <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEC) → <http://www.dgeec.gov.py/>

Ministério da Saúde (MS) → <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) → <http://www.mspbs.gov.py/>

National Library of Medicine's (Pubmed) → <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO) → <http://www.who.int/en/>

Organización PanAmericana de Salud (OPAS) → <http://new.paho.org/par/> ; <http://new.paho.org/bra/>

Presidencia de la República del Paraguay → <http://www.presidencia.gov.py/v1/>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) → <http://www.undp.org.py/v2/> ; <http://www.pnud.org.br/home/>

ANEXOS